BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Typographie Pougin, quai Voltaire, 13.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871

DEUXIÈME SÉRIE

TOME DOUZIÈME



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1872

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
DE CHIRURGIE
DE PARIS

SÉANT RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 4 JANVIER 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend l'*Union médicale,* numéro du 31 décembre.

DISCUSSION

Compression préventive des artères (suite). — **M. VERNEUIL** fait mention de deux amputations de cuisse pratiquées par M. Cusco sans perte de sang, en procédant à la ligature préalable de la fémorale. Chez l'un de ces malades, la ligature avait porté au sommet du triangle de Scarpa; tandis que chez le second, M. Cusco, après avoir taillé un premier lambeau externe et scié le fémur, lia l'artère, puis termina l'opération en découpant un lambeau interne.

Une nouvelle amputation de jambe, pratiquée par M. Verneuil, ne donna pas non plus lieu à un écoulement notable de sang, bien

qu'on n'ait point eu recours à la compression de la fémorale; chacun des trois vaisseaux put être découvert et lié à mesure, sans difficulté aucune.

M. H. LARREY sans nier que la phlébite puisse être parfois la conséquence d'une compression, pense qu'il ne faudrait pas en exagérer la fréquence. Aussi croit-il devoir soutenir, d'accord en cela avec le précepte enseigné par son père, qu'une compression artérielle préventive, faite en vue de modérer la perte de sang, est une chose à laquelle le chirurgien opérateur doit attacher le plus grand prix.

M. GIRALDÈS craint que si le précepte soutenu par M. Verneuil venait à être adopté d'une façon par trop absolue, on n'eût à regretter des conséquences désastreuses de la part de jeunes chirurgiens inexpérimentés, qui éprouveraient plus de difficulté à découvrir et à lier les vaisseaux artériels non encore divisés, qu'à se garantir contre l'hémorrhagie par une compression préventive.

M. VERNEUIL affirme que dans la désarticulation de l'épaule, rien n'est plus facile, une fois la première incision antérieure pratiquée, que de découvrir et de lier l'axillaire. Cette artère se présente pour ainsi dire toute seule à la vue et au toucher.

Le danger signalé par M. Giraldès est réel, mais il en est malheureusement ainsi de tous les procédés opératoires, sitôt qu'ils sont confiés à des mains inexpérimentées.

M. LARREY craint que le procédé préconisé par M. Verneuil ne soit d'une application fort difficile pour la jambe en particulier, où, comme chacun sait, il n'est pas toujours commode de lier les vaisseaux, et en particulier l'artère tibiale antérieure.

Il est à noter, en outre, que de toutes les artères des membres, celles de la jambe offrent le plus d'anomalie.

M. VERNEUIL reconnaît que la chose n'est pas toujours aisée, mais ne partage pas l'opinion de M. Larrey sur la fréquence des anomalies des artères tibiales, dont la situation lui paraît, au contraire, très-fixe, pour les deux tiers inférieurs de la jambe.

La seule difficulté qui se soit présentée à M. Verneuil dans deux cas, c'est d'avoir entamé avec le couteau interrosseux l'artère tibiale antérieure, déjà liée. Cet accident doit être d'ailleurs assez rare, puisqu'il ne l'avait vu mentionné nulle part.

M. LARREY rappelle que Ribes insiste sur cet accident, en même temps qu'il indique le moyen de l'éviter.

M. MARJOLIN, pour éviter cet accident, pratique la section de l'espace interosseux à l'aide d'un bistouri boutonné.

M. Guérin affirme que l'opération étant conduite d'après les règles, on n'a nullement à craindre la blessure de l'artère. Ce qui expose à cet accident, c'est lorsqu'on néglige, dans un premier temps, de couper les parties molles, interosseuses. Le couteau, en pénétrant d'arrière en avant dans cet espace, au lieu de rester sur le même plan, peut être porté plus haut, d'où nouvelle section du vaisseau.

La ligature préalable pour trois artères qui ne sont pas grosses et qui généralement sont faciles à saisir, semble constituer du reste une complication d'autant plus inutile, que l'amputation de jambe n'est pas déjà d'une exécution des plus faciles.

Sans doute, la compression préventive est d'une exécution difficile. Aussi l'on ne saurait trop engager les élèves à s'exercer à la pratiquer sur plusieurs des malades de l'hôpital qui n'ont pas à subir d'opération.

Eu égard à la désarticulation de l'épaule en particulier, M. Guérin, en faisant saisir par un aide le pédicule vasculaire de l'aisselle, qu'il coupe en dernier lieu, n'a pas à craindre d'hémorrhagie; cela est plus expéditif et plus simple que la ligature faite comme le veut M. Verneuil.

M. Verneuil reconnaît que l'exécution irréprochable du huit de chiffre n'expose pas à couper l'artère de nouveau. De même, il n'y a rien à dire contre une compression préventive très-bien faite, seulement il n'est pas commun de posséder des aides expérimentés.

Revenant à la désarticulation de l'épaule, M. Verneuil affirme de nouveau que rien n'est aisé comme de saisir et de lier l'artère axillaire au début de l'opération.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— Le *Bulletin de thérapeutique;*
— L'*Union médicale;*
— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

PRÉSENTATION DE MALADE

Tumeur volumineuse de la région thoracique antérieure droite. — M. VERNEUIL désire connaître l'avis de la Société sur la nature de la tumeur et sur l'opportunité d'une opération à faire.

Il y a *huit* ans que le malade s'est aperçu de la présence, en ce point, d'une grosseur du volume d'une noix. Les progrès en ont été lents, mais progressifs, jusques il y a six mois environ, époque à laquelle, à la suite d'un effort, la masse devint ce qu'elle est aujourd'hui.

État actuel. — Volume équivalent à deux fois, à peu près, la tête d'un adulte; surface bosselée, avec fluctuation évidente sur divers points de la masse, qui est sillonnée par de très-grosses veines.

Le grand pectoral, distendu et aminci, recouvre la moitié à peu près de la tumeur; aussi le bord libre de ce muscle y imprime un sillon qui rend celle-ci légèrement bilobée.

La mobilité en est fort restreinte et la tumeur paraît adhérer solidement aux côtes sous-jacentes. La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun signe particulier, mais le malade, qui est robuste, replet et n'a pas maigri, respire avec une certaine gêne et paraît comme essoufflé.

M. Verneuil croit avoir affaire à une tumeur fibro-plastique ou fibro-lipomateuse, et ne serait pas tout à fait opposé à une opération, d'autant plus que le malade la désire ardemment.

M. GIRALDÈS pense qu'une ponction exploratrice peut seule

donner la certitude sur la nature de la tumeur, qui lui paraît devoir être, soit un enchondrome, soit un sarcome kystique ayant son point de départ dans une ou plusieurs côtes voisines. Comme la masse peut avoir intéressé la cavité thoracique, et que d'ailleurs les conditions d'alimentation actuelles ne sont pas favorables, M. Giraldès conseille de remettre l'opération pour plus tard, alors même qu'elle serait jugée praticable.

M. DOLBEAU, en se rappelant des faits analogues, ainsi que diverses pièces présentées à la Société anatomique, considère la tumeur en question comme mixte; suivant lui elle appartient à la classe des enchondromes malins, qu'il ne faut pas opérer ni même explorer par la ponction, crainte de mettre la vie du malade en danger, et, en tout cas, de s'exposer à des entreprises opératoires qu'on ne saurait mener à bonne fin.

M. BOINET, en se fondant sur la rapidité de la marche, admet que la tumeur est maligne et inopérable.

M. VERNEUIL. Les fibromes auxquels se rattache vraisemblablement cette tumeur n'offrent que des points limités d'implantation aux os, et à ce point de vue, l'opération n'offrirait pas de grandes difficultés. Reste, il est vrai, la question de nature; mais, en se fondant sur la marche à la fois trop rapide pour un enchondrome et trop lente pour un vrai cancer, ainsi que sur la bonne santé générale de l'individu, M. Verneuil croit devoir se rattacher définitivement à l'idée d'un fibrome ou d'une production fibro-plastique. Le fait de l'accroissement brusque de celle-ci à la suite d'un effort peut s'expliquer en admettant une hémorrhagie dans la masse, et, somme toute, l'opération ne lui paraît pas impraticable.

M. DOLBEAU ne cache pas sa surprise d'entendre dire à M. Verneuil qu'une opération serait possible ici. Il craint que si elle était commencée on ne pût même pas l'achever, si, comme cela paraît probable, la masse adhère à plusieurs côtes et pénètre dans le thorax.

M. VERNEUIL, tout en exposant sa manière de voir, n'est pas partisan quand même de l'opération, et sa démarche de consulter la société à ce sujet le prouve suffisamment.

M. GUÉRIN. A part le liquide sanguin contenu dans la tumeur, la masse adhère si solidement et si largement aux côtes sous-jacentes que toute opération lui paraît impraticable. Il est même à craindre que, vu le volume considérable des veines qui en grand nombre sillonnent la tumeur et sont si voisines de la base du cou, on n'ait à redouter une hémorrhagie mortelle pendant l'opération. A toutes

ces raisons, qui conseillent déjà l'abstention, il faut ajouter la crainte de la récidive, si par impossible le malade pouvait survivre à l'opération.

La séance est levée à 4 heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. VERNEUIL communique une observation de taille médiane faite en vue de combattre des douleurs intolérables du col de la vessie.

M. DOLBEAU regrette que la date déjà ancienne de l'opération ne permette plus de juger si la taille médiane a intéressé le bulbe ou non.

Si l'on voulait juger d'après la situation de la cicatrice cutanée, placée plus avant que dans le procédé de lithotritie périnéale communiqué par M. Dolbeau à la Société, il y aurait peut-être lieu de songer à la possibilité d'une blessure du bulbe.

Le soulagement momentané qui a suivi l'opération n'est pas absolument à dédaigner, lorsqu'on songe à l'insuccès absolu de tous les moyens mis antérieurement en usage.

Il est toujours difficile en pareil cas de faire la part exacte des lésions vésicales et rénales, et de préciser au juste par où le mal a dû commencer. Ce qui est certain, c'est que plusieurs de ces malades, après avoir beaucoup souffert, succombent, et qu'à l'autopsie on manque rarement de rencontrer des altérations rénales plus ou moins avancées. L'état des reins doit donc toujours préoccuper le chirurgien, et si la maladie dure depuis plusieurs années déjà, le

plus prudent serait de s'abstenir de toute opération, qui, en aggravant la lésion rénale, peut entraîner une mort rapide.

M. Dolbeau croit, du reste, que les deux modes d'origine sont possibles, et, pour son compte, il parvint à guérir par la taille deux individus affectés de la sorte, ce qui témoigne que chez eux au moins le col de la vessie seul fut en cause.

M. GIRALDÈS. L'ensemble clinique des signes exposés par M. Verneuil semble se rattacher à ce que les Anglais ont décrit sous le nom de vessie irritable, et que Roux considérait comme une névralgie vésicale. On sait que l'opération de la taille, faite pour de prétendus calculs qui n'existaient pas, s'est montrée efficace contre l'affection en question, et ce qui a été publié depuis n'a fait que confirmer l'utilité de l'opération.

M. VERNEUIL partage l'avis de M. Dolbeau, qu'il ne faut entreprendre l'opération que si l'on a lieu de croire qu'il n'y a pas de lésion rénale grave.

M. GUÉRIN est frappé de la ressemblance de l'observation présentée par M. Verneuil avec celles d'abcès périnéphrétiques qu'il a eu l'occasion de recueillir.

Ce qui rend le diagnostic difficile en pareil cas, c'est la marche parfois longue de la périnéphrite et la profondeur de l'abcès, qui a presque autant de tendance à se porter en avant et en bas qu'en arrière. Aussi, dans les premiers temps, n'est-ce que par la percussion et le palper abdominal qu'on arrive à reconnaître la collection purulente.

Ainsi que l'a enseigné Trousseau, la simple ponction est complétement insuffisante en pareil cas, et une large ouverture par le bistouri devient indispensable. M. Guérin compte déjà huit guérisons obtenues à l'aide de larges incisions, tandis que, ponctionnés ou laissés à eux-mêmes, ces abcès finissent par entraîner la mort. Dans un cas, il a pu même constater la pénétration du pus à travers le diaphragme jusque dans les bronches.

M. VERNEUIL ne met pas en doute l'existence, chez son malade, d'un abcès périnéphrétique, seulement il considère celui-ci, ainsi que c'est la règle, comme consécutif à une phlegmasie rénale. Seuls, les abcès aigus et franchement phlegmoneux font exception à la règle, et c'est pour ces derniers seuls que M. Verneuil juge la large ouverture nécessaire.

M. PANAS. La question des abcès périnéphrétiques est trop importante pour que chacun n'apporte pas ici le contingent de son observation personnelle.

Partageant complétement l'avis émis par M. Dolbeau, à savoir que le chirurgien ne saurait être trop circonspect lorsqu'il s'agit d'entreprendre une opération sur la vessie ou même sur l'urèthre, M. Panas cite le fait suivant :

« Un adulte de trente-quatre ans, sujet depuis quelques années à des difficultés de miction, ayant des urines ammoniacales et sédimenteuses, offre à l'examen par la sonde un calcul uréthral placé dans la portion membraneuse du canal, non loin du col de la vessie.

L'opération de la boutonnière, qui en elle-même, et de l'avis de M. Nélaton, appelé en consultation, ne devait offrir aucune gravité, permit d'extraire un calcul ovoïde, du volume d'une petite amande, couvert d'aspérités et composé d'urate et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Jusqu'au cinquième jour tout alla bien, lorsque le malade fut pris brusquement de frisson, d'une grande fièvre, et présenta ultérieurement tout le cortége d'un état adynamique. Ce n'est que quinze à vingt jours après le début des accidents généraux graves qu'à force d'explorer ce malade, on finit par sentir poindre profondément, sous les dernières fausses-côtes droites et derrière le foie, une rénitence, puis, quelques jours plus tard, de la fluctuation profonde.

Comme le malade était à bout de forces, on dut, bien qu'à regret, renoncer à l'incision au bistouri et se borner à y plonger, par la partie postéro-latérale, un gros trocart à ovariotomie, dont la canule fut elle-même remplacée par un très-gros tube en caoutchouc vulcanisé. Le pus qui s'est écoulé était séreux, extrêmement fétide, contenant les mêmes dépôts pulvérulents que l'urine, dont il rappelait l'odeur, et au moment de la ponction on a pu parfaitement se convaincre que le bout de la canule heurtait contre des pierres contenues dans la poche. Il y avait lieu de croire dès lors que non-seulement le tissu cellulaire périnéphrétique, mais que le rein lui-même faisait partie de la poche, et ce qui a fini par en donner la preuve irrécusable, c'est que des injections antiseptiques faites trois fois par jour avec de l'eau alcoolisée, de l'eau phéniquée ou une solution de permanganate de potasse au millième, arrivaient, en suivant l'uretère, jusque dans la vessie, où le liquide provoquait un besoin immédiat d'uriner. La couleur et l'odeur caractéristiques du permanganate ainsi que l'odeur pénétrante de l'acide phénique ne permettaient pas le moindre doute à cet égard. Il est bon de signaler que des trois solutions employées, celle au permanganate par-

venait seule à désinfecter complétement le liquide contenu dans la poche purulente. Malgré tous les soins administrés, le malade ne finit pas moins par succomber deux mois plus tard, avec de la diarrhée incoercible, de la fièvre, des sueurs profuses et des escharres sur différentes parties du corps. En résumé, une opération comme celle de la boutonnière, qui habituellement ne passe pas pour grave, commandée d'ailleurs par la présence d'un corps étranger dans l'urèthre, ne fut pas moins suivie de mort, et cela parce que le malade avait le rein droit farci de calculs, que rien ne pouvait faire soupçonner.

M. Guérin vient de citer un cas où le pus de l'abcès s'est frayé un passage à travers le diaphragme, jusque dans le poumon. Bien que non signalé par les auteurs qui se sont occupés d'abcès périnéphétriques et en particulier par Trousseau, cet accident ne paraît pas extrêmement rare, et M. Panas a eu l'occasion de l'observer déjà deux fois. L'un de ces malades est mort à l'hôpital Saint-Louis avec tous les signes d'une pleurésie à gauche, et le diagnostic en fut confirmé à l'autopsie.

La plèvre contenait en effet une grande quantité de pus; mais, en outre, il y avait un abcès périnéphrétique du même côté, et une perforation diaphragmatique avait permis au pus d'arriver ainsi jusque dans la plèvre.

Ce malade n'avait jamais présenté de signes d'affection des voies urinaires; le rein était sain, et il n'était entré à l'hôpital que pour une contusion du flanc gauche, sans ecchymose et sans hématurie. C'est, en somme, à une véritable périnéphrite phlegmoneuse par contusion qu'on avait eu affaire, terminée par rupture de l'abcès dans la plèvre, d'où pleurésie purulente consécutive.

Le second fait de ce genre concerne un jeune homme de vingt-six ans, fort et habituellement bien portant, qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris d'une douleur assez vive avec empâtement de la région rénale gauche. Les confrères haut placés de Londres qui donnèrent tout d'abord des soins au malade parurent hésiter sur le diagnostic, qui fut en somme celui de pleurésie de la base. Leur hésitation ne fit du reste qu'augmenter lorsque, après plusieurs semaines d'un état en apparence grave, le malade rendit du pus par les selles et se trouva sensiblement amélioré. Cette amélioration ne fut que passagère, et bientôt la poitrine sembla se remplir de plus en plus, le thorax et le flanc s'œdématièrent et offrirent une voussure considérable. Une thoracentèse fut alors arrêtée, mais non exécutée, et comme le malade semblait reprendre quel-

que force, il lui fut conseillé de passer quelque temps à Brighton, puis sur le continent.

C'est en ce moment que le malade vint à Paris, et qu'aidé des conseils de MM. Béhier, Nélaton et Potin, deux thoracentèses successives, à l'aide du petit trocart siphon de M. Potin, furent faites avec plein succès. Chaque fois on a retiré trois litres de pus crémeux dépourvu de toute odeur. Le poumon est revenu en partie à sa place, ainsi que le cœur, qui auparavant battait sous le mamelon droit. Le pouls devint presque normal, et le malade marchait évidemment à la guérison, lorsque le blocus imminent de Paris l'obligea de quitter la capitale pour retourner à Londres.

En récapitulant cette observation, on voit qu'un abcès phlegmoneux périnéphrétique ayant refoulé le diaphragme jusqu'à faire croire, au début, à une pleurésie de la base, s'ouvrit temporairement dans l'intestin, probablement dans le colon descendant, puis fit irruption dans la plèvre et provoqua une pleurésie purulente, qui certainement aurait entraîné la mort si l'on n'était pas intervenu à temps en pratiquant la throracentèse.

Il est à noter que, dans les deux cas, le siége de la périnéphrite était à gauche, et cela s'explique aisément en se rappelant les rapports du rein gauche avec le diaphragme, tandis qu'à droite la présence du foie rend l'arrivée du pus dans la plèvre à peu près impossible. Ce n'en est pas moins un fait important à noter que celui du cheminement du pus, contre les lois de la pesanteur, jusque dans la cavité thoracique, ce qui s'accorde du reste avec ce que nous savons des abcès ou des kystes du foie, pouvant pareillement faire irruption dans la plèvre et jusque dans les bronches.

M. Marjolin désire savoir dans quel état se trouvait le foie chez le malade de M. Verneuil.

Il était, dit M. Verneuil, entièrement sain, ainsi que la rate et les poumons.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

L'Union médicale.

Un mémoire sur l'*anatomie et la physiologie du corps thyroïde*, par M. le docteur Ricou, médecin aide-major de 1re classe. Broch. in-8 ; Paris, 1870.

Une brochure de M. le docteur Félix Rochard, relative à la *création d'une ambulance sur la Seine* ; Paris, 1871.

Le discours imprimé de M. le docteur Dionis des Carrières « *sur la vie et les œuvres de* Ph.-J. Roux. » Extrait du *Bulletin de la Société des sciences historiques et naturelles de l'Yonne* ; 1870.

Une brochure in-8, ayant pour titre : *Military hygiene a lecture delivered at the Royal united service institution*, Netlay, par M. F. de Chaumont, Esq. M. D. Army medical school.

M. H. Larrey offre à la Société le discours prononcé par lui, au nom de l'Académie des sciences, le 15 novembre 1870, sur M. Auguste Duméril. — La Société remercie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

L'Union médicale.

COMMUNICATION

Coup de feu de la partie latérale droite du cou. — M. HOUEL. Un homme reçut, le 21 décembre, une balle (peut-être une balle

de rempart) qui a pénétré au niveau de l'angle de la mâchoire, au devant du muscle sterno-mastoïdien. L'hémorrhagie immédiate fut peu abondante, et le cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde de femme permit de suivre le trajet du projectile jusqu'à la partie latérale de l'œsophage, et au niveau de la clavicule, sans qu'on ait rencontré le corps étranger. Depuis il n'est survenu aucun accident, la suppuration est restée modérée, et dans ces conditions, le plus prudent serait certainement de ne pas intervenir. Toutefois, M. Houel voudrait avoir l'avis de la Société.

M. GUÉRIN pense qu'il faut attendre. M. Marjolin est du même avis, et ne croit pas, vu le peu d'accidents survenus, que le corps vulnérant soit une balle de rempart. Dans un cas de blessure observé par M. Marjolin, il y eut une hémorrhagie consécutive, provenant de l'artère iliaque externe, et il est à se demander si, dans ce cas, deux explorations faites antérieurement, en vue de rencontrer le corps étranger, n'ont pas contribué pour quelque chose à provoquer l'hémorrhagie.

Pour toutes ces raisons, M. Marjolin est d'avis que M. Houel fera bien d'attendre.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : *l'Union médicale* du 4 février.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

OBS. I. — *Plaie pénétrante de l'articulation du genou par un éclat d'obus.*

Il s'agit d'un homme pâle et chétif, blessé à Buzenval le 19 janvier.

Il n'y avait qu'un seul orifice, celui d'entrée, situé sur le devant de la cuisse et à trois travers de doigt au-dessus de la rotule.

Le cathétérisme à l'aide d'une sonde mousse ne permit pas de suivre le trajet au loin; seulement l'instrument semblait se diriger plus volontiers en haut qu'en bas.

Vers le quatrième jour, il y eut gonflement et suppuration de l'article, et deux jours après on dut ouvrir une collection purulente située à la partie antérieure et inférieure de la cuisse. Enfin le septième jour survint un tétanos, qui entraîna la mort dans l'espace de 36 heures, malgré l'emploi du chloral et de l'opium à haute dose.

Autopsie. Le projectile, en suivant un trajet oblique en bas, avait intéressé le haut du cul-de-sac synovial et pénétré dans l'épiphyse fémoral immédiatement au-dessus de la poulie articulaire. Un morceau de drap de la tunique s'y trouve fixé en même temps que le projectile, qui consiste en un fragment très-irrégulier de plomb du volume d'une amande.

Une fêlure verticale parcourt la diaphyse dans l'étendue de quelques centimètres, et le corps médullaire se montre manifestement enflammé en ce point.

Obs. 11.— *Coup de feu de la partie inférieure du tibia gauche, à quatre travers de doigt de l'interligne articulaire. Arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne ayant nécessité l'amputation consécutive. Guérison. Dissection de la partie enlevée du membre.*

Il s'agit ici d'un jeune soldat blessé à Champigny par une balle.

Le projectile avait renconté le tibia, sur lequel il semble avoir rebondi, à en juger par l'existence d'un orifice unique, et aussi par l'absence de tout corps étranger dans la plaie.

Au bout de quelques jours cependant, l'articulation tibio-tarsienne se tuméfia, et une exploration faite tardivement par M. Verneuil, appelé en consultation vers le 34e jour de l'accident, permit de juger de la destruction des surfaces diarthrodiales et de la nécessisé qu'il y avait d'amputer la jambe un peu au-dessous du lieu d'élection.

La dissection de la pièce a fourni les détails intéressants que voici: Articulations tibio-tarsienne et astragalo-calcanienne postérieure privées de leurs cartilages et pleins de pus. Au niveau du coup, le tissu du tibia offre un enfoncement, plus une fêlure verticale qui ne communique pas avec l'articulation, dont elle reste distante de plusieurs centimètres.

Quant à savoir comment l'inflammation suppurative a pu se propager jusque dans les articulations précitées, la dissection de la pièce révèle un fait important d'anatomie pathologique. Le pus semble, en effet, avoir fusé du haut en bas, au devant du ligament interosseux, jusqu'à la partie inférieure de l'espace du même nom. Là, le liquide purulent a dû traverser l'orifice destiné au passage de l'artère interosseuse, puis descendre encore jusqu'à atteindre le côté postérieur de l'articulation tibio-tarsienne, qui n'est protégée, comme on le sait, que par un faible ligament, et c'est par là que le pus a dû faire irruption dans les articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne postérieure.

M. BLOT communique les deux observations suivantes :

OBS. I. — *Tétanos traumatique. Traitement par l'opium, puis par le chloral. Mort.*

Un jeune malade de 25 ans reçut à la main, au niveau de l'éminence Thénar, une balle qui fut extraite par le chirurgien du régiment.

A son entrée dans l'ambulance du Grand-Hôtel, le 20 décembre, il y avait un peu d'inflammation de la plaie, qui ne tarda pas à se dissiper. Ce fut à ce moment, huitième jour de l'accident, que, sans cause connue, et alors que la plaie avait un excellent aspect, le malade fut pris de trismus. Dans les premières 48 heures, on prescrivit l'opium à haute dose et les sudorifiques, qui restèrent sans effet. M. Blot administra alors du chloral à la dose de *huit* grammes par jour, et le continua, à la même dose, pendant six jours. Voyant que le tétanos envahissait les muscles du cou, il porte la dose à *dix* grammes, ce qui n'empêche pas le mal de se généraliser et d'entraîner la mort le huitième jour après le début du tétanos.

Il est à noter que le malade a eu, surtout pendant les derniers jours de la maladie, des accès effrayants de dyspnée, pendant lesquels il se jetait sur le bord du lit, la tête en bas, et c'est pendant un de ces accès qu'il a dû succomber.

Ainsi voilà un nouveau cas où ni l'opium à haute dose et les sudorifiques, ni le chloral, n'ont pu empêcher l'effet funeste du tétanos.

OBS. II. — *Coup de feu de la racine de la cuisse ayant intéressé la cavité pelvienne. Extraction de la balle logée dans l'espace ischiorectal du côté opposé. Guérison.*

Il s'agit encore ici d'un jeune mobile. Il y eut les premiers jours des

douleurs abdominales vives et de la difficulté à uriner, qui prouven que la cavité pelvienne et peut-être le cul-de-sac péritonéal ont dû être intéressés par le projectile. Tout d'abord on n'a pas pu savoir où celui-ci s'était logé, et ce n'est qu'après examen de la fesse du côté opposé et surtout en introduisant le doigt dans le rectum, qu'on a pu découvrir la balle dans la rainure ischiorectale, à une profondeur de 15 à 20 centimètres de la peau.

Pour en faire l'extraction, le malade fut anesthésié. En introduisant alors l'indicateur gauche dans le rectum, en vue d'immobiliser le corps et de le faire saillir vers la peau, M. Blot fit une incision intermédiaire à l'anus et à l'ischion, qui lui permit d'extraire facilement une balle de forme olivaire et lisse à la surface, comme le sont les balles prussiennes.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1871.

Présidence de M. BLOT, vice-président

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— La *Gazette hebdomadaire*, nos des 3 et 10 février;
— Le *Bulletin de thérapeutique*, no du 15 janvier;
— L'*Union médicale* du 11 février.

COMMUNICATION

Tétanos traumatique guéri par le chloral. — M. LIÉGEOIS. Il s'agit d'un de nos jeunes confrères, M. Destival, blessé, à Metz, par un éclat d'obus à la région du tendon d'Achille. Tout alla bien jusqu'au dix-huitième jour, époque à laquelle il fut pris de *trismus* sans cause appréciable.

Il y avait en même temps de la dysphagie et de véritables spas-

mes des muscles respirateurs revenant par accès, et cela, chaque fois qu'on touchait le malade.

Du chloral fut administré pendant les sept premiers jours, mais sans succès, et c'est alors que M. Liégeois vit le malade pour la première fois.

Pensant que probablement le chloral administré n'était pas de bonne qualité, puisque le malade n'avait pu dormir jusque-là un seul instant, M. Liégeois prescrivit du chloral venant de Paris, avec la précaution essentielle d'en faire prendre un gramme chaque deux ou trois heures dans une cuillerée de sirop.

Dès la troisième cuillerée, le malade s'endormit, et à partir de ce moment, les accidents allaient en décroissant, lorsque, vers le septième jour, il y eut du délire, dû probablement à l'action des doses élevées du chloral, et qui, du reste, disparut rapidement en cessant l'administration de l'agent hypnotique. Malgré cette cessation, les accidents tétaniques ont continué à décroître, et le malade se trouvait en pleine convalescence à la fin de la sixième semaine du début du tétanos.

M. Liégeois attache une grande importance, dans le traitement, à l'administration du chloral, répétée à de courts intervalles, attendu que, de cette façon, la moelle se trouve constamment sous l'influence de l'agent hypnotique.

M. GUÉNIOT communique le cas suivant :

Tétanos consécutif à une fracture du radius par coup de feu. — Traitement par le chloral et la poudre de Dower. — Guérison. — C... (Nicolas), soldat du 6e régiment d'artillerie, âgé de 23 ans, fut blessé, le 2 décembre dernier, à la bataille de Champigny, par une balle qui lui traversa l'avant-bras droit en fracturant le radius à sa partie moyenne.

Transporté à l'ambulance de la Glacière, ce malade ne présenta rien de particulier jusqu'au 10 décembre. Mais à cette date, M. Dauvé, alors chef du service, constata l'existence de soubresauts convulsifs, accompagnés de vives douleurs dans le membre blessé. Il existait en outre, depuis plusieurs jours, une complète insomnie. Pour remédier à ces accidents, une injection hypodermique fut pratiquée sur l'avant-bras, matin et soir, avec dix gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au cinquantième. Un peu de sommeil s'ensuivit, mais les soubresauts musculaires ne furent pas modifiés.

C'est dans ces conditions que le 14 décembre, c'est-à-dire douze

jours après le traumatisme, se manifestèrent les phénomènes tétaniques : trismus, rigidité du cou et léger degré d'opisthotonos. La douleur, toutefois, avait cessé dans l'avant-bras, et les deux ouvertures de la plaie offraient chacune un bourrelet musculaire volumineux. L'exploration du trajet de la balle permit alors de reconnaître la présence de trois esquilles complétement détachées, et qui furent extraites immédiatement.

Pour traitement : potion avec deux grammes d'hydrate de chloral; aliments liquides et diète de vin.

A dater de ce jour, les soubresauts musculaires commencèrent à diminuer, tandis que les phénomènes tétaniques cessèrent de s'accroître. En effet, d'après M. le docteur Isnard, aide-major du service, qui a bien voulu me fournir ces renseignements, dès le 20 décembre, le trismus avait assez diminué pour qu'on pût alimenter le malade avec de la viande hachée; et, le 23 décembre, quand je pris la direction du service, les symptômes s'étaient encore amendés.

Je portai néanmoins la dose de chloral à trois grammes, puis à quatre grammes; et comme l'usage prolongé de ce remède finit par causer un profond dégoût, je lui substituai, le 31 décembre, la poudre de Dower, à la dose de deux grammes par jour. Dès le lendemain, des sueurs abondantes se produisirent. La rigidité des muscles cervicaux, de même que celle de la mâchoire, allèrent sans cesse en diminuant; et finalement, le 14 janvier, c'est-à-dire un mois, jour pour jour, après l'invasion du tétanos, celui-ci avait totalement disparu.

Quant à la fracture, elle fut lente à se consolider. Aujourd'hui même, 15 février, le malade est encore dans mon service, achevant de cicatriser l'une de ses plaies. Sa santé générale est d'ailleurs tout à fait satisfaisante.

M. Guéniot attribue à l'irritation produite par la présence des esquilles la cause du tétanos, et croit que le chloral n'agit que contre certaines formes de tétanos, au sujet desquelles nous ne sommes pas encore suffisamment fixés.

M. LARREY, se fondant sur l'expérience des derniers mois, conclut que le tétanos n'a pas offert un moindre contingent de mortalité depuis qu'on se sert du chloral, qu'avant l'emploi de cette substance; ce qui, joint à cet autre fait que la forme chronique du tétanos semble seule curable, ne témoigne pas beaucoup en faveur du nouvel agent thérapeutique.

M. GIRALDÈS, après avoir soutenu le chloral comme hypnotique,

voulut l'essayer aussi contre le tétanos, dont il eut à traiter cinq cas. Malheureusement la mort en a été la terminaison constante, et c'est ce qui est arrivé, entre autres, chez un soldat bavarois qui fut emporté rapidement, malgré l'administration journalière de huit grammes de chloral par la bouche et autant par le rectum.

M. LIÉGEOIS répète que l'administration continue du chloral, et avant tout la précaution de toucher les malades le moins possible pour ne pas provoquer chez eux des crises de contractures réflexes, contribuent puissamment à la guérison.

M. BLOT, en communiquant, dans la dernière séance, un nouveau cas d'insuccès par le chloral, n'a point voulu trancher la question encore pendante de l'efficacité de ce médicament contre le tétanos, mais seulement y apporter un élément de plus.

Si l'action hypnotique du chloral témoigne de sa pureté, celui dont il s'est servi avait produit un sommeil incessant, de sorte qu'on ne saurait s'en prendre de l'insuccès à la mauvaise qualité de la préparation, ainsi que cela est arrivé chez le malade de M. Liégeois. M. Blot ajoute que les accès spasmodiques dont a parlé M. Liégeois ne rappellent qu'imparfaitement le vrai tétanos, et se rapportent bien plus à des mouvements épileptiformes.

M. LIÉGEOIS admet parfaitement que le chloral est loin d'agir dans tous les cas, seulement il tenait à établir que, devant un fait de guérison comme celui dont il avait été témoin, il ne pouvait pas non plus se refuser à croire à l'efficacité du chloral. Ce qu'il a dit des spasmes musculaires se rapporte d'ailleurs aux actions réflexes provoquées par les attouchements, ainsi que cela s'observe chez tous les tétaniques.

M. BLOT admet l'explication de M. Liégeois au sujet des mouvements spasmodiques, du moment que ceux-ci n'étaient que provoqués ; seulement M. Liégeois n'avait pas suffisamment insisté sur ce détail.

M. DEPAUL possède trois observations d'*éclampsie* traitée par le chloral, et il est obligé d'avouer que les résultats obtenus furent non-seulement nuls, mais déplorables.

A quatre heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour entendre le rapport annuel de M. le trésorier et de M. le bibliothécaire.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1871.

Présidence de M. BLOT, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*
— *La Gazette hebdomadaire*, n° du 17 février.

Après la lecture du procès-verbal, et sur la proposition du président, la séance est levée, à cause de la perte douloureuse que la Société vient de faire en la personne d'un de ses membres fondateurs, M. Danyau.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 8 MARS 1871

Présidence de M. BLOT, vice-président.

La Société de chirurgie, voulant s'associer au deuil public, n'a pas tenu de séance le 1er mars 1871, jour de l'entrée de l'armée prussienne à Paris.

Le procès-verbal de la précédente séance (22 février 1871) est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— *L'Union médicale.* — La *Gazette hebdomadaire.* — Le dernier numéro du *Bulletin général de thérapeutique.*
— Une lettre de M. Panas, qui demande un congé d'un mois.

— M. Deguise fils adresse la lettre suivante, dont la Société décide la publication par délibération spéciale :

« Monsieur le président,

« J'ai la douleur de vous apprendre la mort de mon père, ancien membre honoraire de la Société de chirurgie.

« Mon pauvre père a été assassiné par les Prussiens, à l'âge de 76 ans, dans la propriété qu'il habitait à Châteauneuf (Eure-et-Loir), le 16 décembre dernier.

« Agréez, monsieur le président, l'expression de mes sentiments distingués.

« F. Deguise. »

« Charenton, le 22 février 1871. »

M. MARJOLIN demande à la Société de déclarer que ceux de ses membres qui appartiennent à l'Alsace et à la Lorraine seront toujours considérés comme membres *nationaux*.

Cette motion est appuyée par tous les membres présents; il est décidé qu'elle sera de nouveau formulée dans l'une des plus prochaines séances et insérée dans le Bulletin de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ectropion. — M. VERNEUIL présente un malade autrefois défiguré par une pustule maligne qui avait causé de grands ravages dans la face et produit un ectropion considérable. Six mois environ après la guérison de la pustule maligne, M. Verneuil fit la suture des paupières de l'œil malade. Cette opération fut pratiquée quelques jours avant le siége de Paris; les paupières sont restées closes depuis ce moment, c'est-à-dire depuis six mois à peu près. Aujourd'hui les paupières sont si souples qu'il est probable qu'elles ne se renverseront plus; M. Verneuil se propose d'ailleurs de les découdre progressivement en commençant par la partie centrale de leur réunion.

M. TRÉLAT. J'ai eu l'occasion de pratiquer une fois une opération à peu près identique à celle dont vient de nous entretenir M. Verneuil. Un malade, soigné en mon absence dans mon service par notre collègue M. Duplay, pour une pustule maligne de la paupière inférieure, présentait, à ma rentrée, une ulcération bourgeonnant, dont les bords se rétractaient déjà fortement. Il était très-probable, dans ces

conditions, qu'un ectropion plus ou moins étendu allait se développer et suivre ses progrès habituels.

Je pratiquai alors la suture des paupières, que je laissai en place pendant six mois. Au bout de ce temps, il me parut que les paupières étaient l'une et l'autre mobiles, que la rétraction cicatricielle avait exercé toute son action déformante. J'enlevai donc la suture en conseillant au malade de revenir à l'hôpital s'il survenait le moindre tiraillement. Dans le mois qui suivit, l'état des parties était absolument satisfaisant; mais depuis cette époque, j'ai perdu de vue le malade.

M. DEPAUL demande à M. Verneuil quelques explications sur l'origine de la pustule maligne.

M. VERNEUIL, n'ayant vu le malade qu'après la guérison de la pustule maligne, n'a pas recueilli de renseignements sur ce point de l'observation; il sait seulement que le malade était à Arpajon.

PRÉSENTATION DE BLESSÉS PAR PROJECTILES DE GUERRE.

Fractures par projectiles de guerre. — M. P. CHAMPENOIS, médecin principal de 1re classe, membre correspondant de la Société de chirurgie, présente plusieurs blessés ayant été atteints de fractures des membres supérieurs par projectiles de guerre.

Tous ces blessés ont été soignés dans l'ambulance établie à la maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis.

M. Champenois a réuni, dans une première série, vingt-quatre cas de guérison dont il donne un résumé rapide; on y compte huit fractures de l'épaule, onze de la diaphyse humérale, quatre du coude, une des os de l'avant-bras. Plusieurs opérations ont été nécessaires; divers moyens de contention ont été employés; des appareils particuliers ont permis de donner aux membres une immobilisation très-prompte, souvent immédiate.

M. VERNEUIL prie M. Champenois d'ajouter aux faits heureux qu'il vient de mentionner les faits malheureux qu'il a observés à la même époque; de faire, en un mot, dans l'intérêt de la science, un relevé statistique aussi complet que possible, afin qu'on puisse établir la proportion des revers et des succès.

M. DEMARQUAY fait remarquer que le local occupé par les blessés soignés par M. Champenois est très-différent, comme disposition et aménagement, de la plupart de nos hôpitaux; il serait à désirer que

toutes ces conditions fussent relatées dans le travail de M. Champenois.

M. CHAMPENOIS consignera tous ces faits dans un mémoire, qu'il remettra ultérieurement à la Société pour compléter sa communication d'aujourd'hui.

COMMUNICATION

Plaie du genou par projectile de guerre. — **M. BOINET.** A l'occasion d'une présentation précédente, faite par M. Verneuil, sur le peu de suppurationde quelquesplaies en séton, j'ai dit que j'avais soigné quatre malades dont le genou avait été traversé par une balle et qui avaient guéri sans suppuration apparente. Je présente aujourd'hui l'un de ces blessés : la balle est entrée au-dessus de la rotule, a traversé le fémur entre les deux condyles pour sortir par le creux poplité. Le malade est guéri, mais il boite, parce que les mouvements d'extension restent incomplets.

M. DEMARQUAY. La perforation de l'os peut n'être qu'apparente, si la balle n'a fait que contourner l'os au lieu de le traverser.

M. BOINET. J'ai pensé à l'objection qui m'est faite, mais je suis sûr que la balle a bien réellement traversé le fémur, parce que j'ai pu enfoncer profondément un stylet dans le trajet parcouru par elle.

M. MARJOLIN. Il reste avéré que certaines plaies par armes à feu suppurent très-peu. J'ai vu plusieurs de ces malades; la suppuration a même été peu abondante chez quelques-uns d'entre eux auxquels j'avais retiré des esquilles. Néanmoins je dois dire que si ces faits sont incontestables, ils restent cependant exceptionnels.

M. LABBÉ. Pour le malade de M. Boinet, une balle ayant pénétré, comme on peut le voir, dans la cuisse, à trois centimètres au-dessus de la rotule, il me paraît difficile de comprendre comment ce projectile aurait pu traverser les condyles du fémur sans ouvrir l'articulation.

M. BOINET. Peut-être l'articulation a-t-elle été ouverte parce qu'il y a eu ankylose incomplète.

M. TRÉLAT. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a eu plaie grave, et le malade est aujourd'hui guéri. Quoique remarquable, ce fait n'est pas unique : j'ai vu dans la même région anatomique, deux cas analogues de fracture, et les blessés ont guéri comme s'ils avaient été atteints de fracture simple. Ces succès inespérés doivent

dépendre en grande partie de la vigueur exceptionnelle des blessés et du milieu où ils sont soignés.

M. PERRIN propose de ne pas émietter une question aussi importante que celle de l'hygiène des blessés et de la mettre à l'ordre du jour d'une discussion approfondie.

MM. DEPAUL et DEMARQUAY, en s'associant à la manière de voir de M. Perrin, pensent qu'avant d'entamer une pareille discussion, il faut encore attendre, afin que les observations soient plus nombreuses et plus complètes. La Société se rallie à cette dernière opinion.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire annuel: S. TARNIER.

SÉANCE DU 15 MARS 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette hebdomadaire.*

— Le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique.*

— Le dernier numéro, comprenant les mois d'octobre, novembre et décembre 1870, des *Archives générales de médecine.*

— Les n°s 1 et 2, pour 1870, du *Marseille médical.*

— *De la transfusion du sang défibriné*, par le docteur de Bellina.

— *Biographie du docteur Coindet*, par le docteur Didiot, médecin principal.

— *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et Duplay; 4e fascicule du tome III.

— *Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les injections sous-cutanées de sublimé dans l'étude de la syphilis*, par M. Liégeois.

Des remercîments seront adressés à nos collègues MM. Duplay et Liégeois.

M. TARNIER. Dans sa dernière séance, la Société a décidé que la lettre de M. Deguise serait imprimée dans notre Bulletin; je demande en outre que le manuscrit de cette lettre soit déposé dans nos archives, pour y servir de preuve de conviction.

M. BLOT. J'appuierai volontiers la proposition qui consiste à faire imprimer la lettre de M. Deguise et à en conserver le manuscrit dans nos archives, mais peut-être serait-il bon, avant de donner suite à cette détermination, d'attendre que nous ayons reçu de M. Deguise lui-même quelques explications détaillées sur les événements qui ont accompagné la mort de M. Deguise père.

MM. LABBÉ et DEPAUL se rangent à l'avis émis par M. Blot, d'autant mieux que plusieurs journaux politiques ou scientifiques ont attribué la mort de M. Deguise père à une fatigue excessive.

M. BOINET. Si quelques journaux ont attribué la mort de M. Deguise père à la fatigue, d'autres ont nettement dit qu'il avait été assassiné par les Prussiens; parmi ces derniers journaux, je puis citer le *Journal des Débats*.

M. ALPHONSE GUÉRIN. La sincérité de la lettre de M. Deguise ne peut pas être suspectée, et je pense qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux restrictions exprimées par plusieurs de nos collègues.

M. BLOT. Jamais je n'ai eu la pensée de mettre un seul instant en doute la sincérité de la lettre de M. Deguise; mais un fils qui apprend la mort de son père, survenue pendant l'occupation du pays par une armée ennemie, serait bien excusable d'écrire, sous l'impression d'un premier mouvement d'indignation, une lettre dans laquelle le sens grammatical des mots serait au delà de sa pensée. C'est sous l'impression d'une indignation semblable que dans la dernière séance j'ai voté pour l'impression de la lettre de M. Deguise dans nos Bulletins.

M. TRÉLAT. La Société de chirurgie a reçu communication de la lettre de M. Deguise; elle a voté son impression dans la séance précédente; c'est un fait acquis sur lequel il ne faut pas revenir.

M. GUYON appuie l'opinion exprimée par M. Trélat.

La Société décide que la lettre de M. Deguise sera imprimée et que le manuscrit en sera déposé dans les archives de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Tumeur adénoïde du sein. M. LIÉGEOIS présente une énorme

tumeur adénoïde du sein, en donnant les détails complets de l'observation :

Observation. — Mme C. D., cordonnière, âgée de 49 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1871, dans le service de M. Laugier, remplacé alors par M. Liégeois. Elle porte une tumeur qui a envahi tout le sein gauche.

Cette femme a eu deux enfants; ses couches se sont très-heureusement faites. Lors de la première, son sein gauche fut atteint d'un phlegmon qui se termina par résolution. A partir de cette époque, ce sein conserva toujours un développement un peu plus considérable que l'autre. Mais depuis quatorze mois cette femme s'aperçut qu'il prenait des dimensions de plus en plus considérables. Avec le développement excessif de cet organe survint un affaiblissement général de la malade, qui, à deux reprises différentes, se traduisit par des syncopes.

Actuellement, cette femme est dans l'état suivant : elle est très-amaigrie; son teint est pâle, mais non cachectique; la langue est rouge, sèche ; la peau chaude. La malade accuse de temps à autre un peu de fièvre, la soif est assez vive.

Le sein gauche possède un volume énorme. Il est pyriforme et a les dimensions de la tête d'un adulte. Il mesure en hauteur 31 centimètres, dans son plus grand diamètre 54 centimètres. La tumeur est pédiculée, le pédicule étant formé par la peau et le tissu cellulaire des parties qui avoisinent le sein, parties distendues par le poids de la masse morbide. Elle est indolente à la pression, elle n'est le siége non plus d'aucune douleur spontanée.

Le poids seul de cette tumeur incommode la malade par le tiraillement qu'elle détermine sur son pédicule; pour y échapper, celle-ci la soutient par une serviette quand elle est debout ou la place sur un coussin quand elle est couchée. La peau n'est le siége d'aucune coloration anormale, sa texture paraît intacte; elle glisse avec la plus grande facilité sur les parties sous-jacentes. Le mamelon est complétement effacé, et sa présence n'est accusée que par quelques plis peu saillants, desquels, quand on les comprime, on voit s'échapper une certaine quantité de liquide blanchâtre opaque. Ce liquide, vu au microscope, contient exclusivement des globules de lait de dimensions variables et en grande quantité. La palpation démontre que cette peau saine coiffe une énorme tumeur à bosselures nombreuses, ici très-dures, là molles et élastiques, dans de rares endroits fluctuantes. A la base de la tumeur, ces bosselures sont aussi

nettement circonscrites qu'à sa surface et sont parfaitement distinctes du tissu cellulaire sous-jacent. L'exploration de l'aisselle fait reconnaître un petit ganglion ovoïde et se dirigeant vers le sein, mais sans aucune induration et jouissant d'une grande mobilité.

L'opération qui fut faite le 10 mars ne présenta rien de particulier à signaler, si ce n'est le nombre et le volume considérables des artères qui alimentaient cette tumeur.

A l'examen de celle-ci, fait après l'exploration, il est facile de reconnaître, même à l'œil nu, tous les caractères d'une dégénérescence adénoïde, dans laquelle le tissu fibreux et le tissu glandulaire semblent répartis en proportion à peu près égale, mais non d'une manière uniforme, sur les divers points de la tumeur. Elle est composée d'une trentaine de lobes de volume très-variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse pomme. Tous ces lobules sont à la fois unis et séparés par des traînées plus ou moins épaisses de leurs tissus cellulaires. Tous sont à la coupe durs, résistants, criant sous le scalpel. Dans certains endroits seulement, on constate quelques points ramollis. Leur couleur est en général blanc-jaunâtre; si on cherche à exprimer leur tissu, on ne fait sourdre aucun suc.

Ici la surface de la coupe est uniformément lisse et ressemble exactement à celle d'un corps fibreux de la matrice; là, la surface, quoique lisse dans la plus grande partie de son étendue, est parsemée de petites saillies granuleuses en quantité plus ou moins considérable; ailleurs la surface est granuleuse dans toute son étendue; en promenant son doigt sur elle, elle donne partout une sensation de rugosités. Enfin on rencontre dans un grand nombre de points des kystes de toutes dimensions, jusqu'à celle d'un œuf de poule. Les uns ne contiennent que du liquide visqueux, transparent, blanchâtre ou jaunâtre. Mais d'autres sont remplis de masses granuleuses, distinctes de la face interne du kyste, à laquelle elles sont reliées par un pédicule ramifié, ce qui donne à ces masses l'aspect d'un chou-fleur. Disons aussi que dans cinq ou six points on constate de petits kystes, gros seulement comme une lentille, remplis de lait.

Au microscope on reconnaît, aussi bien qu'à l'œil, tous les caractères de l'adénoïde. Ici du tissu fibreux prépondérant: fibres de tissu cellulaire, corps fibro-plastiques, noyaux embryo-plastiques. Là, du tissu glandulaire : culs-de-sac excessivement nombreux, à parois amorphes présentant un simple ou un double contour, et remplies d'épithélium nucléaire.

Nulle part on ne trouve, même dans les points qui ont subi un

travail de ramollissement, de traces de cellules ou de noyaux cancéreux.

L'intérêt de cette tumeur me paraît porter sur trois points différents : 1° sur son volume et son poids exceptionnels pour des tumeurs adénoïdes : ce dernier était de 2 kil. 880 gr.; 2° sur la rapidité de son développement : quatorze mois ont suffi pour lui permettre d'atteindre un pareil développement; 3° enfin sur la dégénérescence adénoïde complète du sein. En règle très-générale, celle-ci ne porte que sur quelques lobes de la glande mammaire; mais dans le cas actuel, aucun ne l'avait échappé.

M. LARREY. La tumeur qui nous est présentée aujourd'hui par M. Liégeois me rappelle une tumeur analogue présentée par moi il y a 15 ou 20 ans. Il s'agissait aussi d'une tumeur adénoïde, néanmoins elle a récidivé.

M. LIÉGEOIS. La rapidité du développement de la tumeur chez ma malade pouvait faire penser à un cancer, mais les autres caractères étaient si tranchés que le doute n'était pas permis; c'était bien réellement une tumeur adénoïde. L'avenir prononcera sur la récidive.

M. MARJOLIN. Il y a 21 ans, j'ai enlevé une tumeur analogue pour le volume et la rapidité du développement, mais elle paraissait être de nature cancéreuse; cependant elle n'a pas récidivé.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire annuel : S. TARNIER.

SÉANCE DU 22 MARS 1871.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux* des 13, 15, 17, 20 septembre 1870.

— L'*Union médicale* des 16, 18, 21 mars 1871.

— La *Gazette hebdomadaire* du 17 mars 1871.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* du 16 janvier et du 25 février 1871.

— Le *Bulletin de thérapeutique* du 26 février 1871.

— Le *Montpellier médical* de septembre, octobre, novembre et décembre 1870; de janvier et février 1871.

— Des lettres de MM. Depaul, Perrin, Trélat, qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

— Deux notes de M. Delacour, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, l'une sur *la blennorrhagie produite par les préparations arsenicales*, l'autre sur *le traitement de l'hydrocèle*. (Renvoyé à M. Liégeois, rapporteur.)

— M. le docteur Reverdin, interne lauréat des hôpitaux, envoie, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale intitulée : *Étude sur l'uréthrotomie interne*. Paris, 1870. (Renvoi à la commission.)

— M. Bérenger-Féraud, docteur en médecine et en chirurgie, médecin principal de la marine, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, envoie un livre intitulé : *Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses*. (Renvoi à la commission.)

M. DEGUISE. Messieurs, dans la dernière séance, à propos de la lettre que j'ai eu l'honneur d'écrire à la Société de chirurgie, l'un de nos collègues, M. Blot, vous a dit que, sans mettre en doute un seul instant la sincérité de cette lettre, il était possible qu'elle eût été écrite dans un premier moment d'indignation, et qu'avant de la publier il serait désirable de savoir si les termes dont je m'étais servi étaient exagérés ou s'ils étaient littéralement vrais.

Malheureusement, messieurs, je n'ai dit que la vérité; je suis même resté au-dessous de la réalité. Oui, mon père a été assassiné par les Prussiens; j'ajoute que cet assassinat a été accompli sur l'ordre d'un médecin prussien. Voici le récit de ce qui s'est passé; vous y trouverez bien difficilement quelques circonstances atténuantes : Mon père avait établi dans sa maison une petite ambulance; il y soignait un officier prussien qui avait reçu une blessure assez grave pour nécessiter la résection du genou. La famille de cet officier avait quitté l'Allemagne pour venir s'installer près du blessé; mon père leur avait donné asile à tous; il était protégé par le drapeau de la Société internationale. Un jour son domes-

tique vint le prévenir que des soldats prussiens étaient entrés dans la maison, qu'ils avaient pris son cheval et qu'ils se disposaient à l'emmener. Mon père descendit pour s'opposer à ce vol; il fit valoir qu'un cheval lui était indispensable en sa qualité de médecin, et il montrait le drapeau de la Société internationale qui flottait sur la maison et qui devait la protéger. Ce fut alors que, sur l'ordre d'un médecin prussien, les soldats saisirent mon père à la gorge et serrèrent sa cravate en lui appuyant un pistolet sur le front. Mon père, qui avait 76 ans, fut immédiatement pris de tremblement, il s'affaissa sur lui-même. Transporté chez lui, il délira, sans aucun symptôme de paralysie, et le surlendemain il était mort.

J'ai écrit ces affreux détails à M. Larrey en lui disant que je me proposais de demander à la Société de chirurgie la radiation de tout médecin allemand sur sa liste des correspondants étrangers. Je renouvelle aujourd'hui cette demande.

M. BLOT. J'espère qu'en entendant la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. Deguise aura compris le sens exact de mes paroles et qu'il n'a jamais douté de mes sentiments de sympathie; je demande avec instance que le lamentable récit qu'il vient de nous faire soit inséré dans nos Bulletins.

M. LEFORT. Je m'associe à ce que vient de dire M. Blot; je propose en outre que le récit de ces tristes faits soit adressé à la plupart des journaux de médecine étrangers. Après cette déclaration, qui ne laissera aucun doute sur ma manière de voir, je crois honnête de déclarer que si quelques médecins prussiens se sont rendus coupables de faits odieux, le plus grand nombre s'est bien conduit, et que le plus souvent je n'ai eu qu'à me louer d'eux dans les événements de guerre auxquels j'ai été mêlé sous les murs de Metz.

M. ALPHONSE GUÉRIN. Je m'élève avec force contre la conduite d'un grand nombre de médecins prussiens pendant la dernière guerre; les médecins militaires français ont eu souvent à s'en plaindre; c'est ainsi que M. le docteur Lacronique a été dépouillé de sa croix et de ses instruments de chirurgie, sur un champ de bataille. De pareils faits devraient, semble-t-il, inspirer un peu de honte à tous les Allemands, mais il n'en est rien, car peu de temps après la signature de l'armistice, un interne des hôpitaux, de nationalité allemande, venait à Paris pour s'assurer que tout ce qu'il y avait laissé était resté intact. Si tout n'avait pas été sauvegardé à son gré, il devait adresser une plainte à son gouvernement.

L'Académie de médecine peut suivre la ligne de conduite qui lui

paraîtra la meilleure; mais ses décisions ne doivent pas dicter les nôtres, et les faits qui ont été produits ici sont plus que suffisants pour que je demande la radiation des médecins allemands du nombre de nos correspondants.

M. GIRALDÈS. Ce que vient de dire M. Alphonse Guérin n'est que trop vrai; nos médecins ont été souvent dépouillés par les médecins prussiens, qui n'ont même pas craint de voler leurs instruments; derrière leur science se cache une véritable sauvagerie; d'ailleurs à chaque instant ils ont violé les conventions de la Société internationale.

M. ALPHONSE GUÉRIN. On s'émeut en Allemagne de la réprobation exprimée contre les médecins prussiens par un grand nombre de corps académiques français; les journaux allemands parlent même de représailles à exercer. Aujourd'hui que nos discordes civiles nous exposent à l'entrée des Prussiens à Paris, il faut avoir plus que jamais le courage de flétrir publiquement et hautement les actes qui leur sont justement reprochés.

M. LEFORT. Je renouvelle ma proposition d'envoyer aux journaux étrangers le récit de tous les faits qui seront publiés dans notre Bulletin à la charge des Prussiens. Cette mesure serait aussi efficace et aussi courageuse que la radiation des médecins allemands sur la liste de nos correspondants. J'ajoute que je n'ai pas eu connaissance des articles de journaux auxquels M. Alphonse Guérin a fait allusion.

M. DOLBEAU. Vous auriez pu les lire dans la *Gazette de la Croix*.

M. VERNEUIL. Il est bon d'informer le monde savant des faits incriminés, mais je dois dire qu'à l'Académie de médecine j'ai pris la parole contre une proposition de déchéance analogue à celle qui nous est faite aujourd'hui par M. Deguise. N'imitons pas les Allemands, qui nous rendent tous solidaires de la guerre, bien qu'un grand nombre de Français aient protesté contre son entreprise. En Allemagne il y a d'honnêtes gens à côté des coupables; il serait, je crois, injuste de les traiter tous indistinctement avec la même sévérité.

Je ne connais pas de mesure assez radicale et assez dure à prendre contre ceux qui ont violé les lois de l'honneur et de l'humanité. Tout nous serait permis si l'un d'eux osait jamais se présenter dans cette enceinte. Mais cela nous justifierait-il de condamner un innocent? Je demande donc qu'une commission soit nommée pour examiner de sang-froid et à tête reposée la proposition de radiation qui nous est faite par M. Deguise.

M. GUÉNIOT propose de prendre un moyen terme et de déclarer la déchéance des correspondants allemands, sauf pour ceux qui protesteraient contre les faits incriminés.

Cette proposition n'est pas appuyée.

M. LIÉGEOIS. Le mieux est de ne pas prendre de mesure précipitée. Je dois à la vérité de déclarer que je n'ai pas eu à me plaindre, ni pour moi ni pour le personnel qui m'entourait, des médecins allemands avec lesquels j'ai été en rapport, notamment à Gravelotte. J'ai même souvent vu des chirurgiens allemands soigner des blessés français avec un grand dévouement. Ce témoignage favorable ne m'empêche pas de vouer une haine implacable à la nation allemande; mais comme membre de la Société de chirurgie, je suis d'avis de nommer une commission pour étudier la question de la déchéance des médecins et chirurgiens allemands.

M. LEGOUEST. J'ai été pendant quinze jours aux mains des Prussiens; ni moi ni aucun des quarante-deux médecins qui faisaient partie de mon ambulance, n'avons eu à nous plaindre des médecins allemands. Il faut se garder de prendre pour une généralité un fait isolé comme celui dont M. Deguise père a été la victime. Il y a des faits de guerre déplorables mais inévitables; ainsi, à Beaumont, deux ambulances ont été prises et reprises. Je crois même que M. le docteur Lacronique assistait à cette bataille. Qu'y aurait-il d'étonnant à ce que ses instruments eussent disparu au milieu d'une telle mêlée?

Pendant la guerre que la France soutint autrefois contre l'Europe coalisée, nous avons été privés, à notre grand détriment, des progrès accomplis dans les pays étrangers. Aujourd'hui il ne faut pas, je pense, nous isoler et rompre nos relations scientifiques. La science n'a pas de nationalité.

M. DEGUISE. J'accorde à M. Legouest qu'il y a des faits de guerre inévitables, mais l'armée prussienne n'a pris aucun souci des lois de l'humanité; dans tout notre pays les soldats allemands se sont livrés à des actes de pillage et de brigandage sans aucune excuse. Il faut rompre toutes nos relations, même nos relations scientifiques, avec l'Allemagne, afin qu'elle reste marquée par notre réprobation.

M. DESPRÈS. Je suis d'une opinion mixte. Pendant la guerre, notamment à l'armée de la Loire, j'ai vu des chirurgiens prussiens tenir une conduite irréprochable. A Sedan, j'en ai vu faillir à l'honneur professionnel. Le jour de la revanche sonnera, mais notre mission n'est pas d'exclure en masse tous les correspondants alle-

mands. Pour que la mesure adoptée ne reste pas stérile, il faudrait qu'elle frappât seulement les coupables. Gardons-nous des représailles mesquines.

M. SÉE. Pendant plusieurs mois de contact avec les Prussiens dans des rapports que j'ai rendus, il est vrai, aussi rares que possible, je n'ai pas eu à me plaindre des médecins allemands. Je les ai au contraire toujours trouvés prêts à nous seconder, en nous laissant, par exemple, une grande latitude pour envoyer nos blessés en France plutôt qu'en Allemagne.

M. LEGOUEST. Dans nos rapports de confraternité et dans nos rapports administratifs, je n'ai pas trouvé d'inhumanité chez les médecins et chirurgiens allemands. La mort de M. Deguise père est un fait atroce, mais c'est un fait de guerre, et, je l'espère, un fait isolé.

M. DEGUISE. La mort de mon père ne constitue pas un fait aussi isolé que M. Legouest paraît le croire, dans la guerre de l'Allemagne contre la France. Rien de semblable, il est vrai, ne s'est produit dans la guerre de Crimée entre Russes et Français; tandis que dans la guerre actuelle la nation allemande a organisé le pillage des provinces et porté partout la dévastation. Les tribus sauvages ne font pas autrement.

Malgré l'abaissement du sens moral en France, je vois avec plaisir qu'un sentiment unanime nous pousse à rompre toutes nos relations avec l'Allemagne. J'espère que la Société de chirurgie s'associera à ce sentiment.

La Société décide qu'une commission, composée de MM. Giraldès, Verneuil et Legouest, sera chargée de faire le plus promptement possible un rapport sur la proposition de M. Deguise, relative à la déchéance des correspondants de nationalité allemande.

ÉLECTION DU BUREAU

L'élection du nouveau bureau est à l'ordre du jour ; mais, sur la proposition du président, cette élection est ajournée à la séance suivante.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire annuel: TARNIER.

SÉANCE DU 29 MARS.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— La *Gazette des hôpitaux*. — *L'Union médicale*. — La *Gazette hedomadaire*.
— Le n° 5 du *Bulletin thérapeutique*.
— Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

M. DEGUISE offre à la Société, comme souvenir de son père, la collection complète des thèses de la Faculté de médecine de Paris.

M. ALP. GUÉRIN, président, remercie M. Deguise, au nom de la Société, de la générosité du don qu'il vient de lui faire. Des rayons seront disposés dans la bibliothèque pour recevoir la collection des thèses de Paris.

ÉLECTIONS

La Société, suivant son ordre du jour, procède à l'élection des membres qui doivent composer son bureau pour l'année 1871.

Élection du président :

Ont obtenu, sur 23 votants :

M. Blot..............	22	voix
M. Dolbeau.........	1	—

M. Blot est nommé président pour l'année 1871.

Élection du vice-président :

Ont obtenu, sur 24 votants :

M. Dolbeau..........	14	voix
M. Trélat............	8	—
M. Demarquay.......	1	—
M. Perrin...........	1	—

M. Dolbeau est nommé vice-président.

Election du secrétaire annuel :

Ont obtenu, sur 24 votants :

M. Tarnier...........	23 voix
M. Després..........	1 —

M. Tarnier est élu secrétaire annuel.

Élection du vice-secrétaire annuel :

Ont obtenu, sur 25 votants :

M. Després..........	16 voix
M. De Saint-Germain.	8 —
M. Liégeois..........	1 —

M. Després est nommé vice-secrétaire annuel.

Élection du secrétaire archiviste :

M. Giraud-Teulon est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire archiviste.

Élection du trésorier :

M. Guéniot est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de trésorier.

Élection du comité de publication (3 membres) :

MM. Le Fort, Panas et Liégeois ayant obtenu la majorité absolue des voix sont nommés membres du comité de publication.

Élection de la commission des congés (3 membres) *:*

MM. Legouest, Houel et Tarnier, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, sont nommés membres de la commission des congés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 5 AVRIL.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*.—*L'Union médicale*.—La *Gazette hebdomadaire*.—Le *Bulletin général de thérapeutique*, nᵉ du 30 mars 1871.—La *Gazette médicale de Strasbourg*, nº du 25 mars 1871.

—Deux lettres de MM. Lefort et Désormeaux, qui s'excusent de ne pouvoir pas assister à la séance.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU

M. ALPHONSE GUÉRIN, *président sortant*, prononce l'allocution suivante :

« Messieurs,

« En quittant le fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous remercier du calme et de la modération que vous avez apportés dans vos discussions. Vous avez ainsi rendu ma tâche facile.

« En vous adressant ces remercîments, je ne fais que continuer un usage, car la bienveillance, dont votre président semble entouré, est un fait de constitution. On vient à la Société de chirurgie pour écouter et pour apprendre, non pour entretenir des conversations qui, comme dans certaines sociétés, couvrent la voix des orateurs et les dégoûtent bien vite de la tribune.

« Mes sentiments pour la Société sont trop affectueux pour que vous ne me pardonniez pas un conseil : Tout le monde a remarqué que ce sont presque toujours les mêmes membres qui font des communications ; et, comme il faut remplir les séances, on donne souvent à ces communications des développements trop étendus.

« Si vous voulez apporter un remède à cet état de choses, qui est réellement fâcheux, il faut que quelques-uns d'entre nous se décident à monter plus souvent à la tribune. Il ne faut pas qu'ils se laissent arrêter par la crainte de la critique. Ils doivent bannir

la modestie excessive qui prive la Société de travaux intéressants.

« S'ils ne suivaient pas ce conseil, la publicité de nos séances deviendrait le monopole des hommes les plus laborieux, et nous perdrions le caractère de collectivité, qui donne toujours une autorité plus grande.

« En quittant la présidence, je suis heureux de voir monter à la place que la guerre m'a fait occuper au delà des termes de nos règlements, un collègue à qui j'ai voué depuis longtemps une grande amitié. »

Après ce discours, M. Alphonse Guérin invite M. Blot à prendre le fauteuil de la présidence.

M. H. BLOT, en prenant la présidence de la Société, prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

« Avant de prendre place au fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous remercier du fond du cœur de l'honneur que vous m'avez accordé. J'y suis d'autant plus sensible que, par nature, peu disposé à me payer d'illusions, je ne m'abuse nullement sur les motifs qui m'ont valu cette distinction. Je sais parfaitement que ce n'est ni à la valeur chirurgicale ni à la supériorité du talent que je la dois, mais bien plutôt à l'estime personnelle et au souvenir des bonnes relations qui n'ont jamais cessé d'exister entre vous et moi. Aussi, je vous l'avoue, serais-je, par cela même, un peu effrayé de la tâche que vous venez de me confier, si je n'étais pas soutenu par l'espoir que vous me la rendrez moins difficile en me continuant les sentiments de bonne et franche sympathie dont vous venez de me donner la preuve.

« De mon côté, je m'efforcerai d'y répondre dignement en consacrant aux intérêts de la Société toute l'activité, tout le zèle et tout le dévouement dont je puis être capable.

« Maintenant, messieurs, je crois être l'interprète de la compagnie tout entière en votant de sincères remercîments aux membres du bureau dont les fonctions viennent d'expirer, ainsi qu'à notre secrétaire-archiviste et à notre trésorier. »

COMMUNICATION

Hernie étranglée. — M. DOLBEAU. Messieurs, j'ai à vous com-

muniquer un fait qui a, je le crois, une certaine importance pratique; il est utile que vous le connaissiez si, comme je n'ose l'espérer, quelqu'un parmi vous était tenté d'imiter ma conduite.

Il s'agit d'un fait de hernie étranglée type; l'étranglement remontait à 5 ou 6 jours, et tous les phénomènes classiques de cet accident se trouvaient réunis ; je n'insisterai pas : l'indication était formelle, il fallait réduire la hernie par l'un des procédés connus et cela sans plus tarder; néanmoins je crus trouver des contre-indications dans l'état général du malade. En effet, le malade était porteur d'une maladie de cœur arrivée à sa dernière période. On constatait un énorme développement de l'organe; tous les phénomènes de l'asystolie se trouvaient réunis ; enfin les membres inférieurs, très-œdématiés, étaient le siége d'eschares multiples.

La respiration était des plus anxieuses, et la teinte violacée presque généralisée trahissait une asphyxie prochaine. Telles sont les raisons qui me firent éloigner l'idée de plonger le malade dans le sommeil anesthésique comme moyen de faciliter le taxis. La réduction n'étant pas possible, je trouvais le malade trop compromis pour lui infliger l'opération de la hernie étranglée.

On pourrait, je le crois, discuter les raisons de mon abstention; mais là n'est point la question que je soumets à vos réflexions. J'ai, sous ma responsabilité, jugé qu'il fallait s'abstenir ; mais j'ai cru que je pouvais honnêtement faire, dans ce cas, une tentative particulière; j'ai institué une sorte d'expérience *in extremis*.

Convaincu que parmi les obstacles qui s'opposent à la réduction de la hernie dite étranglée, figure dans une grande proportion la distension de l'anse herniée par les gaz et les liquides, j'avais songé depuis longtemps qu'on pourrait diminuer la tension herniaire en ponctionnant la tumeur. Cette idée, qui n'est pas nouvelle, pouvait être, je le crois, avantageusement poursuivie en utilisant un instrument bien fait, que nous connaissons tous sous le nom d'aspirateur de M. Dieulafoy. La plus fine des aiguilles fut donc introduite dans le centre de la tumeur, et l'aspiration fit monter dans le verre une grande quantité de gaz fétides et une dizaine de grammes de liquide brun-rougeâtre.

La tumeur diminua aussitôt de volume, tout en conservant encore une certaine rénitence. L'aiguille fut alors retirée, puis une simple tentative de taxis modéré me permit de réduire la hernie.

Dans les heures qui suivirent cette petite opération, les vomissements cessèrent et le malade eut plusieurs garde-robes. Néanmoins la mort par le cœur survint dans la soirée, sans qu'il ait été

possible de surprendre le moindre accident qui pût être mis sur le compte de la hernie.

L'autopsie a démontré qu'il n'y avait pas de péritonite notable, que le malade avait succombé à une maladie du cœur, et que l'opération n'avait été pour rien dans cette terminaison reconnue inévitable au moment de l'entrée du malade dans nos salles.

L'examen très-attentif de l'anse hernié, l'insufflation sous l'eau, ont démontré que la piqûre de l'intestin n'avait pas causé la moindre perforation appréciable. On voyait seulement à la surface péritonéale une petite érosion superficielle qui trahissait le point qu'avait dû traverser l'aiguille.

En un mot, messieurs, les résultats ont été si simples, l'exécution si facile, que je me propose d'appliquer cette manœuvre à la première hernie étranglée qui se présentera à mon observation.

Une note a été recueillie par mon interne, M. Paul Hybord, je la joins à ma communication.

Hernie inguinale étranglée. — Ponction et aspiration. — Réduction. — Mort. — B... (Auguste), palefrenier, âgé de 59 ans, entre le 16 mars 1871 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, pour y être soigné d'une affection du cœur.

Cette maladie était arrivée à la période ultime, période d'asystolie; en même temps on s'aperçut qu'il était porteur d'une hernie du côté droit; hernie qui rentrait assez facilement, et dont il était du reste assez difficile d'apprécier les caractères, vu l'ascite et la tension des parois abdominales.

Le 20 mars, sans cause connue, le malade se plaignit d'une douleur violente dans la région inguinale droite, et quelques heures après il fut pris de hoquets et de vomissements. On constata l'existence d'une tumeur dure, rénitente, sonore à la percussion, et qu'il fut impossible de réduire. Les accidents abdominaux augmentant et venant s'ajouter encore à ceux produits par l'affection du cœur, le malade fut passé en chirurgie, et le 21 mars il entra dans le service de M. Dolbeau (1er pavillon, n° 52).

A son entrée, on est frappé de l'état général de ce malade; la respiration est pressée, anxieuse, la face est congestionnée, les membres inférieurs sont infiltrés et l'abdomen présente les traces d'un épanchement ascitique assez abondant. A l'auscultation on entend les bruits du cœur qui sont remplacés par un souffle dur et râpeux dont la source d'intensité existe à la pointe; de plus ils

sont très-précipités, irréguliers et comme voilés par un épanchement péricardique.

L'examen de la hernie fait voir une tumeur, de la grosseur d'un œuf de dinde, occupant la région inguinale et s'étendant en bas dans le scrotum; elle est dure, rénitente, sonore à la percussion, assez douloureuse; la hernie est irréductible; la dernière selle remonte à 5 jours. Ce jour-là, M. Dolbeau trouve le malade tellement bas, qu'il ne croit pas devoir intervenir, pensant qu'il allait succomber d'un instant à l'autre.

Durant la journée, le malade semble se remonter un peu; l'abattement est moins grand, mais les vomissements persistent toujours; ils sont fécaloïdes; la constipation est permanente.

Le lendemain, 22 mars, M. Dolbeau ne le trouvant pas plus mal, se décide à intervenir et imagine d'employer la ponction suivie d'aspiration de l'anse intestinale étranglée. La tumeur étant très-fixée, M. Dolbeau enfonce une des aiguilles les plus fines de l'appareil aspirateur du docteur Dieulafoy, dans lequel le vide a été fait préalablement. Dès que le robinet est ouvert, on voit le liquide monter dans la pompe; ce liquide est d'un rouge foncé et ressemble assez comme coloration à du mélange de sang et de matières fécaloïdes. Le doute sur la nature des liquides n'est plus permis, quand on l'a flairé un instant.

Le niveau du liquide s'arrêta après quelques secondes; la tumeur était diminuée de volume, mais ne pouvait encore être réduite.

Une seconde ponction est pratiquée avec la même aiguille; une quantité à peu près égale de liquide est de nouveau recueillie dans la pompe aspiratrice; et dès que le niveau ne monte plus, M. Dolbeau enlève l'aiguille et pratique le taxis pour opérer la réduction. Après quelques manœuvres de pression, la tumeur diminue de plus de moitié; ce qui reste au dehors de l'abdomen est indolore, complétement mat et rappelle les caractères de l'épiploon ou du débris d'un sac ancien adhérent.

Pour faciliter le retour des selles on pratique pendant quelques minutes la faradisation des muscles abdominaux. Ce ne fut que 4 heures après que le malade eut une première selle, qui fut suivie d'une seconde un quart-d'heure après.

Malheureusement le malade succomba dès les 5 heures du soir à son affection du cœur, bien plus que par le fait de sa hernie.

A l'autopsie on trouva:

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une certaine quantité de liquide ascitique.

L'intestin offre quelques traces de péritonite très-récente et très-légère.

L'anse intestinale herniée est réduite et plonge dans la cavité abdominale; elle se distingue par sa coloration sur le reste de l'intestin; elle est rouge, violacée, et présente un petit point plus foncé, qui répond évidemment à la ponction faite par l'aiguille de l'opérateur. Pour voir si les matières n'ont pu pénétrer dans la cavité péritonéale par la plaie intestinale, on détache une portion d'anse intestinale, et on pratique l'insufflation sous l'eau ; pas une seule bulle de gaz ne sort et l'anse reste distendue. Ainsi donc, quatre heures après la ponction, la cicatrice de la plaie produite par l'aiguille était complète.

Le sac offrait ceci de particulier qu'il était double ; les deux fonds étaient séparés par une cloison assez épaisse, et étaient situés l'un à côté de l'autre; le plus interne était occupé par l'anse intestinale.

Du côté du cœur on trouvait de l'épanchement péricardique, un cœur énorme, hypertrophié et offrant les altérations les plus avancées, de l'insuffisauce et du rétrécissement auriculo-ventriculaire.

M. GIRALDÈS, avant de prendre la parole sur la communication de M. Dolbeau, prie M. le président de faire chercher dans les archives de la Société un paquet cacheté qui y est déposé en son nom.

M. BOINET. Je n'ai jamais fait la ponction de l'intestin pour une hernie étranglée, mais j'ai pratiqué quatre fois cette opération dans des cas de tympanite abdominale; j'ai même répété cette ponction cinq ou six fois dans l'espace d'un mois sur le même individu. Jamais je n'ai vu survenir d'accidents consécutifs à la ponction qui me paraît innocente à la condition d'être faite avec un instrument très-fin. Gaz et liquide s'échappent au dehors sans produire d'épanchement péritonéal, et la petite ouverture faite aux tuniques de l'intestin est hermétiquement fermée par la contraction intestinale. J'ai publié depuis longtemps déjà deux des observations auxquelles je fais allusion.

M. L. LABBÉ. Je trouve la communication de M. Dolbeau fort intéressante; l'instrument de M. Dieulafoy, dont il s'est servi, vaut incontestablement mieux qu'une aiguille et même qu'un trocart, pour évacuer le gaz et le liquide contenus dans l'intestin. Dans cette ponction, il n'y a d'ailleurs pas section, mais simple écartement des fibres de l'intestin; c'est ce que j'ai pu constater chez une femme atteinte de péritonite consécutive à une ovariotomie. Pendant la vie il y avait un tel ballonnement du ventre, que je pratiquai la ponction de l'intestin. Il n'y eut pas d'épanchement péritonéal.

Une autre fois, pour un fait bien différent, il est vrai, je pus mieux constater encore les avantages de l'instrument de M. Dieulafoy. Il s'agissait ici d'un homme qui fut amené à l'hôpital Saint-Antoine avec une rétention d'urine et une énorme infiltration urineuse du périnée. Le cathétérisme était impossible; je fis la ponction de la vessie avec la seringue aspiratrice, qui me permit d'évacuer complétement l'urine. Le malade mourut, et à l'autopsie, je m'assurai que la ponction n'avait pas laissé de traces et n'avait donné lieu à aucun épanchement d'urine.

M. TARNIER, sans entrer dans la discussion, signale un mémoire publié il y a quelque temps dans l'un de nos recueils périodiques. On trouve dans ce travail plusieurs faits d'étranglement interne traités avec succès par la ponction de l'intestin.

M. GIRALDÈS. Le paquet cacheté dont j'ai demandé l'ouverture se rapporte à une série d'observations faites dans la hernie étranglée, et en particulier à l'accumulation de gaz dans l'intestin hernié.

Tous les chirurgiens ont fait depuis longtemps des ponctions de l'intestin quand il est distendu par des gaz. Travers et Gross ont publié dans leurs livres de nombreux faits qui démontrent l'innocuité des piqûres de l'intestin, pourvu que les piqûres soient fines. La muqueuse intestinale fait une saillie qui bouche la petite ouverture faite par l'aiguille.

En m'appuyant sur la connaissance de ces observations, j'ai recommandé de pratiquer dans les cas de hernie la ponction du sac d'abord et ensuite de l'intestin, pour faire sortir les liquides et le gaz et obtenir plus facilement la réduction.

Pour ma part, j'ai pratiqué plusieurs fois la ponction intestinale chez des enfants et des adultes; je citerai en particulier l'observation d'une femme atteinte de tympanite produite par la compression du rectum par une tumeur. Je fis plusieurs fois chez elle la ponction intestinale avec succès.

M. BLOT. J'ai fait en 1855 la ponction de l'intestin avec une aiguille plate, chez une femme qui avait subi l'opération césarienne dans le service de M. Dubois. Dès le premier jour, il se déclara une péritonite avec gonflement du ventre et l'intestin fit hernie au travers de la plaie en déchirant deux points de suture. Je voulus réduire l'intestin, mais tous mes efforts renouvelés avec patience furent infructueux, et je me décidai à ponctionner l'intestin; après deux piqûres, il s'affaissa complétement, et la réduction devint facile. Le lendemain la femme était morte; je fis l'autopsie et je recherchai avec

grand soin s'il n'y avait pas eu d'épanchement stercoral; il n'y en avait pas trace.

On peut donc ponctionner l'intestin avec un instrument fin sans crainte d'épanchement stercoral dans le péritoine. Le fait que je viens de signaler est à ajouter aux précédents.

LECTURE

Trépanation. — M. BOINET. Je communique à la Société une opération de trépan pratiquée chez un malade atteint d'aphasie de cause traumatique.

Voici cette observation dans tous ses détails :

Aphasie (de cause traumatique). — Le nommé Denis S..., âgé de 25 ans, né à Gros-Castaing (Corrèze), brigadier au 12e chasseurs à cheval, a été blessé d'un coup de sabre à la tête, à la bataille de Buzancy, le 28 août 1870. Il fut conduit à l'ambulance de Chème, où il est demeuré jusqu'au 23 octobre, époque à laquelle il fut envoyé chez les religieuses chanoinesses de l'ordre du Saint-Sépulcre à Charleville.

Il était alors, disent les renseignements écrits dont il était porteur : « muet, paralysé de tout le côté droit, ne pouvant marcher ni ne servir de son bras; à peine comprenait-il ce qu'on lui disait et il pouvait encore moins se faire comprendre. La mémoire était aussi tout à fait perdue. Plusieurs fois il est tombé sans connaissance, ce qui lui arrivait aussi bien à table qu'au lit. Néanmoins, on le voyait se fortifier tous les jours. — Le 18 février il fut envoyé, par l'intendance, à l'ambulance du séminaire, place du Sépulcre, et enfin le 13 mars il est évacué sur Paris, pour y subir une opération qui doit lui rendre la parole. »

Le 15 mars, ce blessé entre à l'Ambulance des secours aux blessés de la Société internationale, dans le service de M. le docteur Boinet.

Il présente sur la tête une longue cicatrice du cuir chevelu, linéaire, étendue de l'extrémité externe de l'arcade orbitaire gauche à l'angle postéro-interne du pariétal du côté correspondant; elle est par conséquent oblique de bas en haut, d'avant en arrière et de dehors en dedans.

Par le toucher, il est facile de s'assurer qu'il y a un enfoncement du crâne, bien que la dépression soit peu considérable, au moins pour la table externe, et il reste au milieu de la cicatrice un petit

orifice fistuleux qui laisse suinter quelques gouttes de pus et indique qu'il y a encore quelques parcelles osseuses nécrosées à éliminer. Avec une sonde cannelée on pénètre à peine dans ce pertuis. L'exploration est, du reste, faite avec grands ménagements et ne permet pas d'indiquer d'une manière précise l'étendue et la direction du trajet fistuleux.

L'aspect extérieur du blessé, son faciès, ne présente au premier abord rien de particulier. Son visage est calme, paraît intelligent; ses yeux sont vifs, et s'il existe du strabisme convergent, il est si peu marqué qu'on peut le mettre en doute; la vue, du reste, paraît normale et sans le moindre trouble. Mais s'il rit, on constate immédiatement les signes ordinaires d'une paralysie de la face du côté droit; la commissure labiale de ce côté est peu mobile, légèrement abaissée, etc., etc.; s'il fume, la salive s'écoule involontairement de la commissure droite.

Les muscles de la partie supérieure de la face, ceux des paupières, du front, paraissent à peine atteints par cette paralysie. La langue, qu'il tire assez facilement, n'est point déviée quand elle dépasse peu les arcades dentaires, mais son mouvement forcé d'adduction du côté droit est impossible; elle est dépouillée à son extrémité de son épithélium par petites plaques, qui ont l'aspect de petites ulcérations grisâtres.

Le voile du palais ne présente rien de particulier, si ce n'est une très-légère déviation de la luette à droite. Les mouvements de mastication et de déglutition se font normalement. D'autre part, on constate dans le membre supérieur du côté droit une diminution encore très-notable de la force musculaire; mais dans le membre inférieur, du côté correspondant, tout phénomène de paralysie semble avoir disparu. Le blessé marche, se promène toute la journée sans fatigue.

A côté de ces phénomènes de paralysie actuellement peu accentués, on en constate un autre très-marqué : une aphasie presque absolue. Interroge-t-on ce blessé, il comprend facilement les questions qu'on lui pose, semble vouloir y répondre, mais témoigne, après quelques secondes d'hésitation, par un signe d'épaule et par l'expression de son visage, qu'il ne peut répondre malgré tout son désir et ses efforts. La faculté du langage articulé est presque entièrement abolie chez lui. Ce n'est qu'à grand'peine qu'il peut joindre au langage mimique les monosyllabes *oui* ou *non*, et il semble avoir d'autant plus de difficulté à les articuler qu'on le presse davantage de répondre et que son désir en est plus grand. Il les prononce

au contraire d'autant mieux qu'une question lui est posée plus *ex abrupto*, par surprise. Il prononce mieux le *oui* que le *non*, les voyelles que les consonnes; mais les voyelles mêmes sont mal articulées; ce sont plutôt des exclamations qu'il pousse que des lettres qu'il prononce. Il ne peut non plus redire les mots qu'on profère devant lui.

La lecture mentale aussi bien que la lecture à haute voix paraît impossible. Il indique par signes qu'il ne comprend pas les écrits qu'on lui place sous les yeux. Cependant il copie à peu près correctement les mots, mais il les copie lettre par lettre, ce n'est point le mot lui-même qu'il copie : ainsi, commence-t-il à copier un mot d'une certaine longueur, si on cache la fin du mot, il ne peut achever de l'écrire. Lui dicte-t-on, au contraire, un mot, il l'écrit à peu près régulièrement si le mot n'est pas trop long, ou si on le répète plusieurs fois en l'accentuant bien. Mais il reste souvent hésitant pour trouver certaines lettres, et quelquefois il lui arrive d'écrire une autre lettre que celle qu'il voulait, ce dont il s'aperçoit toujours. Il en est de même lorsqu'il écrit son nom, celui de ses frères et sœurs, etc. Son écriture est tremblée, ses lettres mal formées, mais il faut tenir compte de son affaiblissement musculaire qui persiste encore dans le bras et la main droits. Il est inutile de dire qu'avant sa blessure, ce blessé lisait couramment et écrivait bien. Il avait été pendant cinq ans dans une école.

La mémoire, qui, paraît-il, a été dans un temps complétement abolie, n'est point encore complétement revenue. Il fait comprendre lui-même, quand on le questionne, qu'il y a bien des choses dont il ne se souvient pas.

L'intelligence est assez nette. Il comprend tout ce qu'on lui dit. Il est très-gai, rit très-volontiers avec ses camarades et joue avec eux aux dominos, ce qui montre d'une part qu'il compte bien et assez rapidement les points inscrits sur les dominos, et, d'autre part, qu'il raisonne, car il joue intelligemment. Il comprend aussi très-bien la valeur des chiffres et fait facilement une addition.

La voix n'est pas entièrement éteinte; il rit souvent bruyamment, fait quelquefois entendre des bruits assez forts, bien qu'un peu sourds; une fois il fut surpris à siffler. Quand il veut parler, cependant, ou lorsqu'on l'invite à pousser un cri, il ne peut faire entendre de sons forts et clairs, le résultat de ses efforts est ordinairement le mot *hein*, prononcé d'une voix sourde.

L'état général de ce blessé est aussi bon que possible. Il est fort, robuste, bien portant. Son moral est excellent, et, bien qu'il ait

parfaitement conscience de son état et qu'il paraisse quelquefois ennuyé de ne pouvoir point exprimer sa pensée, il ne semble nullement soucieux ni affecté. Enfin, depuis quelques jours seulement qu'il séjourne à l'ambulance, il paraît déjà avoir fait quelques progrès sous le rapport de la lecture mentale, de l'écriture, peut-être même de l'articulation des monosyllabes *oui* et *non;* la paralysie de la face est aussi un peu moins marquée et les jeux de physionomie plus faciles. Il n'a plus eu d'attaque d'épilepsie depuis le jour de son entrée à l'ambulance, où il était tombé subitement sans connaissance pour quelques instants seulement et sans phénomènes convulsifs.

L'état de ce malade m'inquiétait; je priai M. Larrey de venir le voir pour me donner son avis sur l'opportunité d'une trépanation. M. Larrey fut d'avis qu'on pouvait attendre; mais depuis sa visite les accidents s'aggravèrent, et je me décidai à appliquer le trépan. Je fis cette opération il y a deux jours. Je trouvai la table interne séparée de la table externe; je retirai plusieurs esquilles et je mis à nu la dure-mère, qui reste intacte.

Immédiatement après l'opération, les accidents s'amendèrent et le malade put prononcer le mot *non* beaucoup mieux qu'auparavant. Aujourd'hui, cet opéré va assez bien; il mange avec appétit; il n'a pas de fièvre, mais je crains le développement ultérieur d'une méningite. Je tiendrai la Société au courant de cette observation importante.

M. SÉE. L'observation de M. Boinet me fournit l'occasion de raconter un fait intéressant de plaie de tête. Un soldat avait reçu à la bataille de Mouzon un éclat d'obus qui lui avait enlevé une partie du pariétal droit, et peut-être avec l'os quelques parcelles de substance cérébrale. Ce malade était soigné dans une ambulance particulière; il fut guéri au bout de dix jours; mais immédiatement après la cicatrisation de la plaie, son intelligence se modifia profondément, et je le fis entrer dans mon service pour le mieux observer. Il se plaignait de tout, des aliments qu'on lui donnait et des soins qu'il recevait. Il était agité, et un jour il s'enfuit dans les rues en criant : *Vive la France! A bas la Prusse!* Il aurait été fusillé sans l'intervention d'un officier prussien qui fit oberver qu'il était aliéné. Il fut ramené dans mon ambulance, où il fut surveillé avec soin. Il conservait un bon appétit et un bon sommeil, mais il avait un peu de fièvre et un peu d'agitation. Il s'échappa une seconde fois de l'hôpital, et on fut obligé de l'envoyer dans un asile d'aliénés. Je n'ai pas eu la suite de cette observation, mais je pense que dans ce

cas le délire était lié à une encéphalite chronique, produite peut-être par une esquille.

M. BLOT. L'opinion exprimée par M. Sée est plausible, mais il serait bon qu'il pût nous dire si la folie n'est pas héréditaire dans la famille de son malade.

M. SÉE. Il m'est impossible de fournir le renseignement qui m'est demandé; mais je persiste à croire que le délire était consécutif à la blessure de la tête.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire.*

Deux lettres de MM. Alph. Guérin et Desormeaux qui, retenus dans leur service d'hôpital, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. BOINET. Le malade auquel j'ai pratiqué l'opération du trépan va aussi bien que possible. Il est gai, il dort bien et mange avec appétit. La paralysie diminue. Le malade prononce les mots *oui* et *non,* mais il ne peut pas encore parler. L'état général est très-bon; la suppuration de la plaie est abondante.

DISCUSSION.

Hernie étranglée. — M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, M. Dolbeau nous a communiqué un fait intéressant de ponction in-

testinale dans la hernie étranglée. Je n'ai jamais pratiqué cette opération.

Je ferai cependant quelques réserves sur son efficacité probable, en me fondant sur une remarque de physiologie pathologique. L'intestin est souvent paralysé lorsqu'il est étranglé. Quand, par exemple, on pratique une entérotomie, il faut attendre longtemps avant d'observer des contractions intestinales ; quelquefois même on est obligé de les provoquer en titillant l'intestin avec des sondes. Or la ponction ne remédiera pas à la paralysie de l'intestin et les accidents pourront continuer.

Je n'insiste d'ailleurs pas sur ce sujet, mais il me donne l'occasion de vous parler de la réduction des hernies par le taxis, uni à la compression faite immédiatement au-dessus de l'anneau. Vous n'avez pas oublié que ce procédé nous a été décrit dans tous ses détails par M. Lannelongue, et dernièrement un chirurgien de Montpellier publiait un succès dû à cette pratique. Je l'ai moi-même employée pour un malade qui fut apporté à l'hôpital de Lariboisière il y a un an environ.

Cet homme avait 40 ans; il portait depuis trois ou quatre ans une hernie crurale qui était mal contenue par un mauvais bandage. A la suite d'un effort, la hernie devint grosse comme une pomme de moyen volume. Le malade était anxieux ; il remuait constamment. Vingt heures après le début des accidents, je fis le taxis ordinaire et je le continuai pendant longtemps sans aucun avantage. Le malade avait été, pendant toute la durée de ces tentatives, soumis aux inhalations du chloroforme.

Je fis alors le taxis avec compression du pédicule. Je n'avais pas de sac de plomb pour faire cette compression, mais elle fut faite avec le poing d'un aide, M. Bassereau, mon interne. Après trois quarts de minute de cette manœuvre, la hernie rentrait.

Le procédé que j'ai employé n'a rien de nouveau, mais le succès que j'ai obtenu n'en est pas moins important.

M. TRÉLAT. Je désire élucider un point différent de l'histoire des hernies en vous racontant sommairement deux observations.

Pendant la durée de la dernière guerre, je fus appelé un jour dans un village de l'Orléanais pour une femme de 61 ans qui présentait des phénomènes d'étranglement herniaire avec vomissements caractéristiques. Cette femme portait dans l'aine droite une tumeur irréductible. J'appris avec stupéfaction que ces accidents duraient depuis onze jours. Le lendemain je fis l'opération, et je trouvai l'intestin entouré par l'épiploon auquel il adhérait, si

bien que je dus procéder à un dissection sur laquelle je reviendrai. La malade guérit.

A mon retour à Paris, au mois de février, je fus appelé à la Pitié, dans le service de M. Broca, pour une femme qui avait une hernie crurale étranglée avec vomissements fécaloïdes. Les accidents duraient depuis quinze jours. Séance tenante, je fis l'opération. Je trouvai l'épiploon adhérent au sac et à l'intestin qu'il enveloppe. Je fus obligé de libérer l'intestin par une dissection délicate avant de le réduire. La malade guérit.

En rapprochant ces deux faits, on trouve deux cas de hernie crurale étranglée depuis longtemps, 11 jours et 15 jours, et terminés tous deux par la guérison. Comment ne pas être frappé de cette bizarrerie!

Je fis des lectures, je cherchai ce que les chirurgiens avaient écrit sur l'étranglement subaigu, sur l'étranglement chronique, sur les adhérences des hernies au sac et à l'épiploon; je ne trouvai pas d'explication nette et satisfaisante. Mes réflexions me conduisirent à penser que mes deux malades avaient eu, non pas des hernies véritablement étranglées, mais des hernies dans lesquelles les adhérences entre l'intestin et l'épiploon avaient déterminé un arrêt du cours des matières fécales. Néanmoins l'opération avait été nécessaire pour remédier aux accidents.

M. Gosselin, dont les leçons sur les hernies ont été publiées par notre collègue, M. Labbé, décrit avec soin les adhérences; mais il croit, si j'ai bien compris sa pensée, qu'elles causent rarement des accidents. Pour lui, elles seraient presque toujours molles et consécutives à la péritonite qui accompagnerait l'étranglement.

Pour mes deux faits, je persiste à penser qu'il n'y avait pas d'étranglement vrai, et je puis assurer que l'intestin ne présentait pas trace de cette dépression circulaire qui se trouve sur l'intestin, au niveau du point où il est étranglé par le collet ou par un anneau fibreux. Les accidents auraient été produits, suivant moi, par les adhérences qui bridaient l'intestin et gênaient le cours des matières fécales. En donnant cette explication, qui me paraît satisfaisante, je me demande si M. Gosselin et la plupart des chirurgiens n'ont pas cru quelquefois à un étranglement vrai alors qu'il ne s'agissait que d'une hernie non étranglée, mais compliquée par la présence d'adhérences préexistantes.

Dans les deux cas, j'ai été obligé de séparer l'intestin de l'épiploon par une dissection attentive et délicate. Dans les deux cas, il se produisit un suintement sanguin qui peut être invoqué comme une nouvelle preuve de l'ancienneté des adhérences.

Dans le premier cas, pour arrêter l'hémorrhagie, j'employai le perchlorure de fer, que je portai avec le bout d'une allumette sur tous les points d'où je voyais sourdre le sang. L'hémorrhagie s'arrêta, et vingt minutes après je procédai à la réduction de l'intestin. La malade guérit.

Dans le deuxième cas, les adhérences étaient plus complètes. J'enlevai même quelques fibres de l'intestin, qui restèrent sur l'épiploon. Le suintement sanguin était abondant et ne fut pas arrêté par le perchlorure de fer. Je me servis alors d'un stylet rougi avec lequel je touchai successivement un grand nombre de points saignants. Après trois quarts d'heure, l'hémorrhagie était arrêtée. L'intestin fut réduit et la malade guérit.

M. LABBÉ. La communication de M. Trélat est très-importante au point de vue de la thérapeutique et au point de vue pathologique. Sur les deux points, je suis complétement de son avis.

En 1866, à la Salpêtrière, j'opérai une femme de 82 ans. Je trouvai, comme M. Trélat, des adhérences de l'intestin et de l'épiploon que je fus obligé de disséquer. Il en résulta un suintement sanguin pour lequel j'employai du perchlorure de fer étendu avec moitié d'eau. Je badigeonnai tout l'intestin avec ce liquide en me servant du bout de mon doigt. La malade guérit.

Quant à la question de pathologie, je crois que l'opinion de M. Trélat est juste. Je possède une pièce anatomique qui prouve en effet que l'intestin, tiraillé par des adhérences, peut donner lieu à des symptômes d'étranglement sans étranglement vrai.

Une vieille femme fut apportée dans mon service avec des phénomènes d'étranglement peu marqués : pouls excellent; température normale; pas de ballonnement; absence de selles; quelques vomissements. Il existait, au niveau de l'anneau crural, une petite tumeur de nature douteuse.

Je prescrivis plusieurs purgatifs qui furent inutiles. Les accidents étaient si peu menaçants que je crus pouvoir attendre encore; aussi je fus singulièrement surpris d'apprendre un matin que la malade avait succombé pendant la nuit.

A l'autopsie, je trouvai des adhérences entre l'épiploon et l'intestin; ces adhérences exerçaient un tiraillement sur l'intestin qu'elles attiraient en partie au dehors, pendant que son bord mésentérique, resté libre et sain, avait échappé à toute influence morbide.

Je montrerai cette pièce anatomique dans la prochaine séance.

M. GIRALDÈS. J'ai vu cette année, au Val-de-Grâce, un jeune

soldat qui fut apporté avec une hernie inguinale étranglée. Après quelques heures d'attente, l'opération fut pratiquée par M. Bérenger-Féraud, qui avait bien voulu me demander mon avis. Après avoir ouvert le sac herniaire, nous vîmes une masse épiploïque qui présentait à sa partie supérieure une cavité dans laquelle s'engageait l'intestin. Il y avait là un véritable sac épiploïque. En réduisant la hernie en masse, on n'aurait pas remédié à l'étranglement de l'intestin par le sac épiploïque, et les accidents d'étranglement auraient persisté et entraîné la mort. Il faut se mettre en garde contre une pareille faute. La disposition anatomique dont je parle est d'ailleurs connue, et bien décrite, surtout par les chirurgiens anglais.

M. LIÉGEOIS a été appelé récemment par les docteurs Moretin et Clément près d'une femme atteinte de hernie crurale étranglée. Pendant l'opération, le sac fut mis à découvert et incisé avec précaution. Tout à coup, du liquide et des gaz s'échappèrent en abondance en répandant une très-forte odeur stercorale. Tout le monde pensa que la cavité qui venait de s'ouvrir était la cavité intestinale; l'ouverture fut agrandie, et les bords de l'incision furent fixés par quelques points de suture.

Le lendemain, les accidents continuaient; les vomissements persistaient, ainsi que la constipation, et la plaie ne donnait pas passage aux matières stercorales. En introduisant son doigt dans cette cavité, M. Liégeois crut s'apercevoir qu'il n'avait ouvert que le sac; une large incision acheva de le convaincre. L'intestin était étranglé au niveau du fascia crebriforme, qui fut débridé. La réduction se fit alors sans difficulté. La malade mourut, et à l'autopsie on trouva une gangrène très-limitée de l'intestin, qui était sphacelé dans une étendue grande comme une pièce de vingt centimes.

M. DESPRÉS. Dans un cas analogue à ceux que nous a communiqués M. Trélat, Boyer (de Joinville) a ouvert la tumeur herniaire dans toute son épaisseur. La peau, le sac, l'épiploon et l'intestin formaient des couches si adhérentes et si amincies que toutes ces parties furent incisées jusqu'à la cavité intestinale. Sans chercher à détruire les adhérences de l'intestin et encore moins à le réduire, Boyer (de Joinville) fit la suture des parties qu'il venait d'inciser, remettant ainsi, autant que possible, les choses en l'état où elles étaient avant l'opération. Le malade guérit. Ce fait est consigné dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*; je le signale à titre de renseignement.

Quant à la méprise racontée par M. Liégeois, elle a été commise

par bon nombre de chirurgiens du plus grand mérite, qui crurent comme lui qu'ils avaient ouvert l'intestin alors que le sac seul avait été incisé.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, TARNIER.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux.*

— Deux lettres de MM. de Saint-Germain et Liégeois qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION

Hernie étranglée. — M. TRÉLAT. Messieurs, dans la dernière séance, je vous ai communiqué deux faits de hernie avec adhérences anciennes de l'intestin à l'épiploon, et j'ai cherché à expliquer les phénomènes d'obstruction que j'avais observés par le tiraillement exercé par des brides qui gênaient ou empêchaient le cours des matières contenues dans l'intestin.

A la fin de cette même séance, M. Desprès a cité et a voulu comparer aux faits que je venais d'exposer une observation dans laquelle M. Boyer (de Joinville) fit sur une tumeur herniaire compliquée d'adhérences une incision qui pénétra dans la cavité intestinale; après quoi, il sutura toutes les parties incisées. Sauf l'analogie lointaine qu'on peut trouver dans l'adhérence de l'intestin à l'épiploon, je ne vois pas en quoi le fait de Boyer (de Joinville)

est comparable aux miens, et comment un coup de bistouri, qui pénètre dans la cavité intestinale et qu'on fait suivre de la suture de toutes les parties incisées, pourra être assimilé à une opération méthodique comme celle que j'ai pratiquée.

M. DESPRÉS. Je ne voulais pas entrer dans le fond de la discussion; mais puisque M. Trélat m'y convie, je dirai qu'il y a dans la science un nombre considérable de faits de grosses hernies avec adhérences, dites étranglées, qui guérissent admirablement avec l'expectation, des cataplasmes, des purgatifs et une réduction partielle.

Il y aurait danger, je pense, à généraliser la pratique de M. Trélat, bien qu'elle ait été heureuse entre ses mains. L'opération de M. Boyer (de Joinville) fut, comme celle de M. Trélat, suivie de succès; néanmoins le chirurgien reconnut qu'il l'avait entreprise sans nécessité absolue, et il remédia autant que possible à son erreur en faisant la suture. En citant l'observation de Boyer (de Joinville), j'ai fait une critique détournée de la pratique suivie par M. Trélat, et j'ai voulu dire que le succès ne suffit pas pour légitimer une opération quand elle n'est pas absolument nécessaire.

M. TRÉLAT. Je ne veux pas laisser la question s'égarer, ni suivre M. Desprès dans ses appréciations sur les hernies volumineuses, anciennes, adhérentes ou non, à propos desquelles on a discuté si longtemps pour savoir si l'on devait admettre l'étranglement ou l'inflammation.

Il s'agit ici d'un point tout différent : j'ai vu deux faits dans lesquels l'opération m'a paru si bien indiquée, qu'à mon avis tout traitement médical aurait été inefficace et que les malades seraient mortes si elles n'avaient pas été opérées. J'ai appelé votre attention sur la longue durée des phénomènes d'étranglement, sur les adhérences de l'intestin à l'épiploon et sur le mécanisme probable de l'obstruction. J'ai qualifié moi-même ces deux faits *d'exceptionnels*, je suis donc bien loin d'avoir érigé la pratique que j'ai suivie en précepte général. Je répète en terminant qu'il n'y a dans tout cela aucune comparaison possible entre mes observations et celle de M. Boyer (de Joinville), entre mon opération et celle qu'il a pratiquée, puisqu'il a successivement incisé et suturé l'intestin sans le réduire, tandis que je me suis bien gardé d'ouvrir l'intestin et que je l'ai réduit après avoir détruit ses adhérences à l'épiploon.

M. GIRALDÈS pense comme M. Trélat qu'il n'y a aucune parité entre le fait de M. Boyer (de Joinville) et ceux qui sont en discussion.

M. LABBÉ. Il n'existe aucune ressemblance entre les grosses her-

nies irréductibles que tout le monde connaît et les faits de M. Trélat. Pour les grosses hernies on peut accepter, avec Malgaigne, une inflammation plutôt qu'un étranglement, tandis que dans les observations rapportées par M. Trélat, il y a eu véritablement obstruction intestinale causée par une bride.

J'avais promis d'apporter une pièce anatomique à l'appui de cette opinion; malheureusement cette pièce n'a pas été conservée, mais je puis vous en faire voir un dessin qui suffira pour lever tous les doutes.

M. Labbé met en effet sous les yeux de la société un dessin qui représente une hernie dans laquelle l'intestin a été entraîné par une bride. La partie herniée comprend la plus grande partie du calibre de l'intestin, qui ne reste perméable qu'à sa partie supérieure; l'ouverture restée libre n'a pas un diamètre supérieur à celui d'une petite plume d'oie.

La malade mourut sans avoir été opérée; en examinant la pièce anatomique, on doit regretter que l'opération n'ait pas été entreprise, parce qu'il s'agissait réellement d'une obstruction par une bride qui tiraillait l'intestin, et mettait ainsi obstacle au cours des matières.

L'opinion émise par M. Trélat se trouve donc rigoureusement vérifiée par l'autopsie faite par M. Labbé.

LECTURE

Fractures par projectiles de guerre.

M. CHAMPENOIS, médecin principal, membre correspondant de la Société, lit un mémoire intitulé : *Essai de chirurgie conservatrice dans le traitement des fractures de l'humérus et du coude par les projectiles de guerre.*

Les conclusions de ce mémoire, qui est renvoyé au comité de publications, sont les suivantes :

Sur 34 cas de fractures on en compte : 15 de la diaphyse, 12 de l'épaule, 7 du coude; 26 provenaient de balles, 8 d'éclats d'obus.

La tête de l'os a été atteinte 12 fois, le col chirurgical 5 fois, la diaphyse seule 7 fois, avec communication dans l'articulation sous-jacente 3 fois; le coude a été fracturé directement 7 fois.

Les résultats ont été : 24 guérisons, 3 amputations, 7 décès.

L'épaule s'est ankylosée 3 fois sur 10, le coude 7 fois sur 10.

Deux blessés gardent la main fléchie par suite de la section du nerf radial.

L'amputé du bras et deux désarticulés de l'épaule ont guéri.

Aux 7 décès ont concouru : 2 fractures de côtes avec lésion pulmonaire, 1 tétanos, 1 péritonite aiguë traumatique, 1 chronique par fracture de l'os iliaque avec large plaie, 1 pleuropneumonie par balle perdue, 1 même affection due aux effets de l'alcoolisme.

La large part de succès faite à la conservation peut être attribuée à la promptitude de l'intervention chirurgicale, à l'immobilisation immédiate du membre, à la mobilisation des blessés.

Dans les cas où l'amputation n'a pas été imposée par la gangrène, par la section traumatique du membre ou par de graves lésions vasculo-nerveuses, on s'est contenté d'extraire des esquilles libres ou non viables. — Pas de résection, pas de régularisation des bouts dentelés des fragments.

Les moyens de traitement ont été : 1° l'immobilisation du membre dès le champ de bataille, à l'aide d'une gouttière en zinc coudée à angle droit sur son épaisseur, appliquée par dessus la manche du vêtement et reliée au tronc par deux lacs;

2° Son immobilisation immédiate et définitive, après l'extraction des esquilles, quand elle était indiquée, avec intervention de la gouttière sus indiquée;

3° Un ensemble de précautions destinées à préserver le membre et l'appareil contre l'action du pus, de manière à rendre le bandage à peu près inamovible;

4° La mobilisation des blessés.

De ce traitement, l'originalité a consisté à trouver le moyen de concilier les mouvements généraux nécessaires au maintien de la santé avec le repos indispensable à la consolidation des fragments. C'est le but de la gouttière métallique, dont le poids varie entre 250 et 300 grammes.

Le modèle destiné à la façonner se taille en équerre dans une feuille de zinc, n° 10.

Il est uniforme pour les deux membres, pour la face externe et la face interne. Les retouches ne portent que sur les points du contour correspondant au bord postérieur de l'aisselle ou aux ouvertures de la balle. — Des ciseaux ordinaires de trousse suffisent.

Ce modèle représente d'abord une attelle irrégulière, coudée à angle droit selon son épaisseur.

Il se compose de trois portions : une allongée plus étroite, pouvant se recourber par dessus l'épaule; une moyennne ou brachiale dont les ailes se relèvent en gouttière pour le bras ; une antibra-

chiale, à angle droit sur la précédente, courbée sur son bord cubital seulement pour soutenir l'avant-bras.

La gouttière, modelée et garnie d'une épaisse couche d'ouate, reçoit le membre ouaté et enveloppé d'un bandage spiral modérément compressif qui laisse libres les plaies d'écoulement.

Un deuxième bandage à spires simplement contiguës, également troué au niveau des plaies, en assure les rapports.

Le membre peut être alors, sans inconvénient pour les fragments, accolé au tronc et maintenu par des jets périthoraciques circulaires, obliques, en 8 de chiffre comme dans l'appareil de Desault pour la clavicule.

Cette dernière partie de l'appareil est seule dextrinée.

Ainsi, il a pu rester en place 13 fois sur 22 jusqu'au 60e jour; 3 fois, il n'a été changé que le 45e jour.

Au niveau des ouvertures du foyer, des cratères sont organisés avec l'ouate, le collodion, la gutta-percha, etc., pour rendre impossible l'infiltration du pus et les pansements aussi simples que faciles.

La dessiccation une fois opérée, les blessés, allégés par l'immobilisation du membre et convaincus du non-retentissement des mouvements du corps dans la fracture, continuent à se lever et à se promener. Contre l'infection purulente, c'est là, sans contredit, une des plus sûres garanties.

Sur 12 fractures de la tête humérale, 4 fois on s'est abstenu de toute opération; 5 fois de fortes esquilles mobiles, mais largement adhérentes, diaphysaires et articulaires, ont franchement concouru à la consolidation.

De l'ensemble de ses observations, M. Champenois croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Il est aussi facile qu'avantageux d'immobiliser le membre dès le champ de bataille;

L'extraction des esquilles mobiles, non viables, doit être faite le plus vite possible;

Immédiatement après, il y a avantage à immobiliser le membre et à le lier au tronc, de manière à laisser aux blessés la liberté de leurs mouvements;

A ces conditions, les droits de la chirurgie conservatrice deviennent illimités;

Ils ne s'arrêtent guère qu'aux cas où la vie du membre est évidemment compromise par l'étendue des plaies ou par la gravité des lésions vasculo-nerveuses.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de cinq membres pour examiner les travaux envoyés pour le prix Duval.
Sont nommés :

MM. Gueniot,
Horteloup,
Marjolin,
Lefort,
Giraldès.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : Tarnier.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— La *Gazette des hôpitaux.*
— Une lettre de M. Boinet, qui demande un congé.
— Une lettre de M. Perrin, qui annonce que ses fonctions actuelles dans l'armée de Versailles l'empêchent momentanément d'assister aux séances de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

Anévrysme du creux poplité. — M. Duplay donne, de vive voix, les détails contenus dans l'observation suivante :

Observation d'anévrysme poplité. — Insuccès de la flexion et de la compression digitale. — Ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa. — Hémorrhagie à la chute du fil. — Ligature immédiate de la fémorale au-dessus de la plaie, puis, quelques jours après, ligature de l'iliaque externe. — Guérison presque complète de l'anévrysme. — Phthisie pulmonaire et mort quatre mois plus tard.

Le nommé D..., âgé de 49 ans, libraire, entre à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, n° 42, le 23 avril 1870.

Cet homme, qui a été soldat pendant six ans, a fait à cette époque quelques excès alcooliques et a pris la syphilis à l'âge de 25 ans. Il y a cinq ou six ans environ, il a éprouvé du côté des organes thoraciques quelques accidents, consistant en palpitations, toux, hémoptysies légères, mais qui n'ont pas eu de durée et ne se sont jamais reproduits.

On ne trouve dans ses antécédents aucune cause capable d'expliquer le développement d'un anévrysme poplité. Il faut cependant noter les marches longues auxquelles le malade est fréquemment exposé et l'habitude de rester presque constamment debout.

A la fin de l'année 1865, après chaque course, le malade remarqua que sa jambe droite se fatiguait plus vite que la gauche; il ressentait en même temps dans le jarret des tiraillements et des battements insolites; enfin le pied et la partie inférieure de la jambe étaient légèrement œdématiés vers le soir. Ces divers symptômes disparaissaient par le repos, et le malade n'y attachait aucune importance.

C'est seulement deux ans plus tard, dans le cours de l'année 1867, que les battements dans le jarret devinrent continuels et assez forts pour soulever la jambe pendant la nuit, et que le malade remarqua la présence d'une tumeur dans le creux poplité. Malgré les avis de son médecin, qui lui conseilla de se faire traiter promptement, sans lui cacher la gravité de l'affection dont il était atteint, le malade, très-pusillanime et redoutant une opération, resta sans rien faire, assistant au développement graduel de la tumeur, et se bornant à éviter la marche et les efforts. Enfin, au mois d'avril 1870, encouragé par un de ses amis que je venais de guérir d'un anévrysme poplité par la compression digitale, il se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel (27 avril). — Le genou droit, à première vue, est un peu plus volumineux que le gauche. Le creux poplité est entière-

ment rempli par une tumeur molle, fluctuante, dépressible, mais non réductible, et offrant tous les caractères classiques d'un anévrysme artériel : battements isochrones à ceux du pouls, soulevant fortement la main; bruit de souffle doux, intermittent; cessation des battements et du souffle sous l'influence de la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine, etc.

La tumeur mesure 10 centimètres en hauteur et 6 centimètres en largeur. En bas, elle se perd dans l'écartement des muscles jumeaux, qui sont fortement déjetés à droite et à gauche; supérieurement, elle se prolonge sur le côté interne de la cuisse jusqu'au voisinage du canal du troisième adducteur, qui semble dilaté. La saillie de la tumeur en arrière est considérable et dépasse notablement la saillie du mollet; son volume total peut être approximativement évalué à la grosseur du poing. La peau qui recouvre la tumeur est tendue, amincie, mais ne présente aucune altération et conserve sa coloration normale. Je ne puis parvenir à sentir nettement les pulsations des artères tibiale, postérieure et pédieuse. Il n'y a pas d'œdème du membre, qui est légèrement amaigri. Le malade accuse quelques douleurs, quelques élancements. La marche s'exécute encore avec la jambe demi-fléchie, la pointe du pied appuyant sur le sol.

D... est de constitution moyenne, d'un tempérament nerveux et irritable. La santé générale paraît excellente. La poitrine, auscultée avec soin, en raison des antécédents, ne révèle l'existence d'aucune lésion; les bruits du cœur, quoique un peu faibles et sourds, sont parfaitement normaux. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Il n'existe, en un mot, aucune contre-indication à entreprendre le traitement chirurgical d'une affection qui compromettait les jours du malade.

Le 28 *avril*, après avoir administré la teinture de digitale à la dose de 20 à 30 gouttes par jour, je commence le traitement par la flexion forcée de la jambe sur la cuisse. Le talon est amené graduellement jusqu'à 30 centimètres de la fesse, et le membre maintenu dans cette position à l'aide de tours de bande. Mais cette flexion, très-douloureuse pour le malade, ne peut être conservée que pendant quelques minutes. Elle détermine d'ailleurs la cessation de tout battement dans la tumeur. Peu à peu le malade finit par s'accoutumer à la position, et conserve la jambe ainsi fléchie pendant vingt minutes de suite; il y revient trois à quatre fois dans le courant de la journée.

Le 10 *mai*, après douze jours de ce traitement, aucun change-

ment appréciable n'étant survenu, je combine la compression digitale à la flexion forcée, c'est-à-dire que je fais exercer chaque jour pendant trois heures la compression au pli de l'aine, en même temps que durant le reste de la journée le malade pratique la flexion aussi souvent qu'il lui est possible.

17 *mai.* Au bout d'une semaine, je n'observai aucune modification, et il fut décidé que l'on ferait une séance sérieuse de compression digitale. Celle-ci, pratiquée de huit heures du matin à six heures du soir, dut être abandonnée à cause des douleurs qu'elle déterminait dans le pli de l'aine et qui devinrent insupportables vers la dixième heure.

Le lendemain, je trouvai la tumeur un peu plus dure, mais les battements et l'expansion n'étaient nullement affaiblis et le souffle était aussi fort. Un petit coussin, enveloppé d'ouate, étant placé dans le creux du jarret, la jambe est fléchie sur la cuisse jusqu'à ce que les battements disparaissent dans la tumeur, puis le membre est fixé dans cette position à l'aide d'un bandage approprié.

Cette compression directe unie à la flexion n'amena qu'un médiocre changement, bien qu'elle ait été continuée pendant quatorze jours. La tumeur sembla d'abord avoir un peu diminué de volume, les battements qui s'étaient légèrement affaiblis reprirent bientôt leur intensité. On remarqua seulement que la tumeur offrait un frémissement vibratoire faible qui n'existait pas au début et qui se prolongeait sur le trajet de la fémorale.

Le 7 juin. Nouvelle séance de compression digitale, de huit heures du matin à dix heures du soir, c'est-à-dire pendant quatorze heures. Aussitôt que l'on cesse la compression, par suite des douleurs éprouvées par le malade, les battements reparaissent dans la tumeur.

Le lendemain matin, le mouvement d'expansion me paraît diminué; les battements sont moins forts et s'affaiblissent lorsque le malade étend la jambe; la tumeur est aussi un peu plus dure. Il est évident qu'une couche de caillots s'est déposée sur les parois de la poche anévrysmale. Le membre étant placé dans l'extension, on exerce une compression directe sur la tumeur à l'aide de rondelles d'amadou et d'un tampon d'ouate, soutenus par une bande roulée.

Au bout de quelques jours, je constate que la dureté de la tumeur persiste et que son volume est un peu moindre. Mais les battements et l'expansion sont toujours aussi forts. Cet état reste stationnaire malgré l'emploi des mêmes moyens pendant plus d'un mois.

14 *juillet*. Troisième séance de compression digitale, depuis huit heures du matin jusqu'à neuf heures du soir, c'est-à-dire pendant treize heures. Cette nouvelle tentative n'amena aucun changement appréciable. Il me parut même de toute évidence, quelques jours plus tard, que l'amélioration précédemment obtenue tendait à disparaître ; les battements, l'expansion qui, à certain moment, s'étaient affaiblis, avaient repris leur intensité première ; le bruit de souffle persistait au même degré ; enfin la tumeur était redevenue molle et paraissait s'accroître.

Je pensai dès lors qu'il fallait renoncer aux moyens employés jusque-là, et que la ligature de l'artère fémorale était seule capable de déterminer l'oblitération de la poche anévrysmale. Comme la tumeur se prolongeait, ainsi qu'il a été dit, dans le canal du troisième adducteur, je jugeai prudent de m'éloigner autant que possible de la partie inférieure de l'artère fémorale, dans la crainte de trouver ses parois altérées, et je résolus de placer la ligature au niveau du triangle de Scarpa.

2 *août*. *Ligature de l'artère fémorale*. Le malade étant chloroformisé, l'opération fut faite suivant le procédé ordinaire et je plaçai la ligature au sommet du triangle, dans le point où l'artère fémorale s'enfonce sous le muscle couturier. Aussitôt que le fil fut serré, les battements disparurent complétement dans la tumeur poplitée ; le membre devint froid et pâle.

Les deux chefs du fil furent ramenés dans l'angle inférieur de la plaie, sur laquelle on appliqua des compresses d'eau froide. Le membre tout entier fut ensuite enveloppé dans de l'ouate et entouré de briques chaudes. Repos absolu, régime léger, opium.

3 *août*. L'état général est excellent, pas de fièvre. La chaleur est revenue dans le membre inférieur droit, dont la température est même un peu plus élevée que celle du membre gauche. On ne sent aucun battement dans la tumeur, qui commence à durcir.

Du côté de la plaie, rien de particulier. Le fil est légèrement soulevé par les pulsations artérielles.

Les jours suivants, rien à noter du côté du membre malade. La température est égale à droite et à gauche, la tumeur devient plus dure et commence à se rétracter légèrement. La plaie suppure, se recouvre de bourgeons charnus et diminue de jour en jour.

A mesure que le temps s'avance, je me préoccupe de savoir s'il s'est formé au-dessus de la ligature un caillot obturateur, et je constate non sans inquiétude que les pulsations de la fémorale se font sentir tout près de la ligature. Quoique je n'aie jamais pu acquérir à

cet égard une certitude absolue, j'attire l'attention des élèves sur ce point et je prescris de surveiller attentivement le malade, afin de parer aussi rapidement que possible à une hémorrhagie au moment de la chute du fil.

22 *août*. — Mes craintes ne tardèrent pas à se justifier. Le vingtième jour, à la visite du matin, je remarquai sur les pièces de pansement quelques gouttes de sang qui avaient filtré le long du fil. En exerçant une légère traction, celui-ci se détache, et un jet de sang artériel m'inonde le visage. Aussitôt je comprime l'artère sur le pubis ; l'hémorrhagie se modère, mais ne s'arrête pas complétement ; un jet de sang considérable s'échappe encore par le bout inférieur. Je fais alors appliquer les doigts d'un aide au-dessous de la plaie, et tout écoulement cesse immédiatement.

Devant cet accident, la première idée qui devait me venir à l'esprit était de pratiquer immédiatement la ligature de l'iliaque externe, malgré l'existence de l'hémorrhagie par le bout inférieur, dont je ne me rendais pas exactement compte, mais que je croyais pouvoir expliquer par un développement considérable des anastomoses entre les branches de l'iliaque interne et les branches de l'artère fémorale.

Dans ces conditions, en effet, la ligature de l'iliaque ne semblait pas devoir faire cesser l'hémorrhagie, et, pour aller au plus pressé, je me décidai à lier immédiatement les deux bouts de l'artère fémorale, et je commençai par le bout supérieur.

Le malade ayant été anesthésié, tandis que l'on continuait la compression au pli de l'aine, j'agrandis la plaie par le haut, et je plaçai une nouvelle ligature à environ 2 centimètres au-dessus de l'ancienne. La compression étant suspendue, le sang ne coulait plus par la plaie.

Il restait encore à placer une ligature sur le bout inférieur, qui, ainsi qu'on l'a vu, fournissait aussi du sang en abondance. Mais, quel ne fut pas mon étonnement lorsque, voulant procéder à cette seconde ligature et faisant enlever les doigts de l'aide qui comprimaient le bout inférieur de l'artère, je vis s'écouler seulement une petite quantité de sang, qui sortait en nappe et sans pulsations ! Bientôt même cet écoulement sanguin diminua à tel point, que je ne jugeai pas utile d'appliquer de ligature à ce niveau, tout en recommandant de surveiller le malade pour le cas où l'hémorrhagie se reproduirait par le bout inférieur.

Les jours suivants, aucun accident ne survint. La plaie, après une

légère inflammation, se mit à suppurer et à se couvrir de bourgeons charnus.

Mais j'allais nécessairement me trouver aux prises avec les mêmes difficultés qu'après la même ligature, et je devais d'autant plus craindre que le caillot obturateur ne pût se former au-dessus du fil, que celui-ci était plus rapproché de l'origine de la fémorale profonde.

Ces craintes ne tardèrent pas à se changer en certitude, lorsque je vis le fil de la ligature soulevé à chaque battement artériel, et que je pus sentir les pulsations se propager dans tout le tronçon de la fémorale, depuis l'arcade pubienne jusqu'à la ligature. Il était donc absolument certain qu'à la chute du fil une nouvelle hémorrhagie se produirait.

Pour prévenir cet accident, j'essayai d'établir sur l'artère fémorale, au niveau du pli de l'aine, une compression permanente à l'aide d'un appareil spécial (gouttière de Bonnet, munie d'une pelote compressive se manœuvrant avec une vis). J'espérais, en modérant ou même en arrêtant le cours du sang dans le bout supérieur de l'artère, donner au caillot obturateur le temps de se former. Ce moyen fut employé pendant trois jours sans aucun résultat. Dès qu'on levait la compression, le sang venait battre avec force contre la ligature, qui était soulevée à chaque pulsation. Il fallait donc renoncer à tout espoir de ce côté, et, comme il n'y avait pas de temps à perdre, je résolus de faire la ligature de l'iliaque externe, pensant que ce procédé radical amènerait sûrement la formation d'un caillot au-dessus de la ligature de la fémorale et préviendrait toute hémorrhagie lorsque celle-ci se détacherait.

31 *août*. — *Ligature de l'iliaque externe.* — Le malade est chloroformisé. Une incision, commençant à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, est conduite parallèlement à l'arcade de Fallope et s'arrête au milieu de celle-ci. Puis, les différents plans musculaires et aponévrotiques étant successivement coupés, j'arrive sur le péritoine, que je décolle de dehors en dedans, et je place une ligature sur l'iliaque externe, à environ 2 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale.

La plaie fut réunie à son angle supérieur par trois points de suture, l'angle inférieur restant ouvert et donnant passage au fil, qui fut fixé sur la paroi abdominale. Pansement avec des compresses imbibées d'eau froide.

Aussitôt après la ligature, tout battement cesse dans la portion supérieure de l'artère fémorale; le membre se refroidit et devient

extrêmement pâle. Il est enveloppé d'ouate et entouré de briques chaudes que l'on doit renouveler fréquemment.

Au bout de quelque temps, l'interne du service constate que la température du côté opéré s'est déjà relevée, et le soir, elle était égale des deux côtés. Seuls, les orteils restèrent un peu plus froids pendant quelques jours.

Le lendemain matin, je ne fus pas médiocrement surpris de sentir quelques battements excessivement faibles sur le trajet de la fémorale, au-dessous de l'arcade de Fallope. Ces battements ne pouvaient être perçus qu'en mettant un grand soin dans leur recherche; mais ils existaient à coup sûr, et d'ailleurs, les jours suivants, ils s'accusèrent plus nettement et leur présence fut constatée par tous les élèves du service. Il était donc évident que le cours du sang s'était rétabli dans le tronçon supérieur de l'artère fémorale, mais la circulation devait être considérablement affaiblie, car les pulsations étaient à peine aussi fortes que celles de la radiale. De plus, elles n'étaient perceptibles que dans un petit espace, et cessaient à trois ou quatre centimètres au-dessus de la ligature de la fémorale, qui n'était plus soulevée par les battements.

On pouvait donc conclure que l'interruption momentanée du cours du sang, suivie d'un rétablissement imparfait de la circulation dans le tronçon supérieur de l'artère fémorale, avait permis la formation d'un caillot obturateur au-dessus de la ligature.

Notre but paraissait donc atteint, et, en effet, six jours plus tard, la ligature de la fémorale tomba spontanément sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang.

D'autre part, la plaie résultant de la ligature de l'iliaque marchait vers la guérison, et le 18e jour (18 septembre), le fil tombait et était trouvé dans les pièces de pansement.

Pendant toutes ces péripéties, la guérison de l'anévrysme poplité suivait une marche régulière, quoique lente. La tumeur, privée depuis longtemps de battements et de souffle, continuait à durcir et à se rétracter de plus en plus. Son volume avait diminué de moitié.

Le membre du côté malade n'offrait rien de particulier à noter. Il était notablement amaigri. La plaie résultant de la ligature de la fémorale s'était cicatrisée. Le malade commençait à se lever. A partir de ce moment, la tumeur anévrysmale pouvait être considérée comme guérie.

Mais bientôt on vit se développer une série d'accidents qui n'ont aucun rapport avec l'anévrysme, et que l'on pourrait tout au plus

mettre sur le compte du séjour prolongé à l'hôpital et des émotions morales vives éprouvées par le malade, qui avait été très-affecté de la longueur du traitement et des complications survenues. On se souvient d'ailleurs que cet homme avait présenté plusieurs années auparavant, du côté des organes respiratoires, quelques troubles qui avaient disparu sans laisser de traces.

Vers la fin du mois de septembre, le malade se plaignit de perdre l'appétit, de mal digérer, et fut pris de diarrhée et de sueurs profuses, surtout pendant la nuit. Le sommeil se perdit à peu près complétement, et l'amaigrissement fit des progrès rapides. En même temps le malade se mit à tousser et à rejeter en abondance des crachats muqueux, épais, jaunâtres.

L'auscultation révéla dans toute la hauteur du poumon gauche des râles humides, sous-crépitants, et la percussion fit constater de ce côté un léger affaiblissement de la sonorité.

D'autre part, la plaie de la paroi abdominale résultant de la ligature de l'iliaque, quoique rétrécie de moitié, ne présentait plus aucune tendance à la cicatrisation; la suppuration était abondante et fétide.

Dans ces conditions, après avoir épuisé sans succès tous les moyens thérapeutiques convenables, pensant que la persistance de ces troubles généraux pouvait tenir à l'influence nuisible de l'hôpital, j'engageai le malade à se faire transporter chez lui.

Il accepta avec empressement et sortit de Beaujon le 18 octobre.

Huit jours après j'allai le voir. Une amélioration rapide s'était produite. Il avait suffi de deux ou trois jours pour que la nature de la suppuration se modifiât complétement, et la plaie de la ligature de l'iliaque était entièrement fermée.

L'état général était aussi meilleur. L'appétit et le sommeil étaient revenus; la diarrhée avait entièrement cessé. La toux et l'expectoration étaient notablement diminuées. Néanmoins la persistance des mêmes signes physiques du côté des poumons ne me permettait pas de partager la joie et les espérances du malade, que je considérais comme perdu.

J'ai revu cet homme tous les quinze jours environ, et malgré l'aggravation des phénomènes généraux qui ne laissaient plus de doute sur l'issue fatale, la tumeur anévrysmale continuait à diminuer de volume et tendait à disparaître.

Dix jours avant la mort, qui survint le 15 février 1871, je constatai que la tumeur avait à peu près le volume d'un œuf de pi-

geon et présentait une dureté presque fibreuse, en sorte que la guérison de l'anévrysme pouvait être considérée comme complète.

Remarques. — Cette observation me paraît offrir quelques particularités intéressantes qui méritent de fixer l'attention.

En premier lieu, on peut y voir un exemple d'insuccès des méthodes de la flexion forcée et de la compression digitale.

Ce fait prouve en outre que la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa est une mauvaise opération. Si j'ai cru devoir y recourir dans le cas précédent, c'est dans la crainte de trouver une altération des parois artérielles au voisinage de la tumeur anévrysmale qui se prolongeait sur le côté interne de la cuisse, et de m'exposer à une hémorrhagie consécutive.

Relativement à la conduite que j'ai adoptée lors de l'hémorrhagie qui s'est produite au moment de la chute du fil, je me suis demandé d'abord si je n'avais pas eu tort de ne pas procéder immédiatement à la ligature de l'iliaque externe. J'ai dit que j'avais été détourné de ce dessein par l'hémorrhagie qui se produisit en même temps par le bout inférieur, et que la ligature de l'iliaque externe ne me paraissait pas de nature à arrêter l'hémorrhagie, dont je ne m'explique pas encore bien la cessation après la ligature du bout supérieur.

Mais en réfléchissant aux circonstances qui ont suivi la ligature de l'iliaque externe, il est permis d'admettre que la ligature du bout supérieur de la fémorale a été loin d'être inutile, et que même à supposer que l'on ait fait immédiatement la ligature de l'iliaque externe, elle serait devenue nécessaire. En effet, si l'on se rappelle que quelques heures après la ligature de l'iliaque, pratiquée peu de jours après l'hémorrhagie, le cours du sang s'est rétabli dans le bout supérieur de la fémorale, on est en droit de supposer que si 'on avait lié l'iliaque au moment même où l'hémorrhagie s'est produite, le sang, trouvant pour tout obstacle un caillot sans consistance et sans soutien, se serait écoulé par l'ouverture béante de la fémorale. Une hémorrhagie se serait produite, et il aurait été indispensable d'apposer une ligature sur le bout supérieur de la fémorale, en sorte que cette opération n'aurait pas été évitée.

Enfin, je ferai remarquer que le rétablissement rapide de la circulation dans le tronçon supérieur de la fémorale qui a suivi la ligature de l'iliaque, et qui a été certainement favorisé par les tentatives répétées de compression digitale, ayant amené une dilatation des voies anastomotiques, loin de constituer dans le cas présent une

circonstance fâcheuse, doit être considéré comme très-heureux et a sans doute prévenu le sphacèle du membre.

M. VERNEUIL. L'observation qui nous est communiquée par M. Duplay est très-intéressante à tous égards. On est tenté d'expliquer la récidive des hémorrhagies par une fluidité particulière du sang; mais il n'en est que plus remarquable de voir cette hémorrhagie, qui s'était reproduite après les deux ligatures de l'artère fémorale, s'arrêter après la ligature de l'iliaque externe, le caillot obturateur ne s'étant formé qu'après cette troisième ligature.

Quoi qu'il en soit, je pense que dans ces hémorrhagies secondaires il sera toujours prudent de lier les deux bouts de l'artère. Ne pas prendre cette précaution, indispensable à mon avis, ce serait s'exposer à être moins heureux que ne l'a été M. Duplay.

Je prendrai, d'autre part, la défense de la ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa, à laquelle M. Duplay, avec beaucoup d'autres chirurgiens, reproche d'interrompre le cours du sang dans un point trop rapproché de la naissance de la fémorale profonde, dont le voisinage empêcherait la formation du caillot obturateur. Or, l'observation de M. Duplay donne précisément un démenti à sa critique, puisque, après avoir lié la fémorale au sommet du triangle de Scarpa, il la lia une seconde fois 2 centimètres plus haut, plus près par conséquent de la fémorale profonde, et néanmoins le caillot se forma au-dessus de cette deuxième ligature. Il est vrai d'ajouter que la formation de ce caillot ne commença qu'après une troisième ligature faite sur l'iliaque externe.

J'ai autrefois discuté avec notre collègue M. Richet cette question des ligatures de la fémorale en différents points; j'étais à cette époque partisan de la ligature au niveau de l'anneau du troisième adducteur, mais M. Richet combattait, non sans raison, cette manière de voir, en disant qu'au triangle de Scarpa la plaie a l'avantage d'être plus superficielle, plus directe, et de donner plus facilement issue au pus.

On a exagéré l'importance du voisinage des collatérales : une distance de 1 centimètre seulement entre la ligature et la collatérale la plus proche, suffit pour que l'opération réussisse si le sujet est dans de bonnes conditions de santé. On a la preuve de ce que j'avance quand on pratique la ligature de la carotide externe.

Pour toutes ces raisons, je me crois en droit d'engager M. Duplay à ne pas abandonner définitivement la ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa.

J'ajouterai que, dans un cas analogue à celui décrit par M. Du-

play, il serait peut-être possible de favoriser la formation du caillot en injectant dans l'artère quelques gouttes de perchlorure de fer. Je crois même, si la mémoire me sert bien, que ce procédé a été essayé au moins une fois.

M. DOLBEAU. L'essai dont parle M. Verneuil a été tenté par notre collègue M. Broca.

M. HOUEL. Dans la tentative dont il est question, l'injection a été faite dans une artère brachiale dilatée au-dessus d'un anévrysme du coude, mais sans qu'il y ait eu ligature préalable. La pièce analogue est déposée au musée Dupuytren.

M. GIRALDÈS. On a certainement exagéré l'importance du voisinage des artères collatérales quand on a établi les règles qui doivent présider aux ligatures artérielles. Ce n'est pas la première fois que je m'élèverai contre ce précepte auquel la pratique donne chaque jour des démentis et contre lequel on peut invoquer non-seulement les ligatures faites sur la carotide externe, comme l'a dit M. Verneuil, mais encore les ligatures de l'iliaque interne, de l'iliaque primitive et de l'aorte, dans lesquelles le caillot obturateur se forme parfaitement.

Il est probable que dans le fait de M. Duplay il existait une anomalie artérielle, car ces anomalies ont été constatées plusieurs fois dans des cas analogues d'hémorrhagie. Je me rappelle, entre autres, un fait dans lequel la ligature de l'artère fémorale, pratiquée au-dessus d'un anévrysme, n'empêcha pas le sang de circuler dans la poche anévrysmale comme avant l'opération; l'artère fémorale était double, et malheureusement le chirurgien avait placé la ligature sur l'artère saine.

Malgré toutes ces explications, il faut néanmoins avouer qu'il reste une certaine obscurité sur la cause de ces hémorrhagies secondaires et de la persistance de la circulation dans une artère qu'on vient de lier. Cette incertitude se trouve, par exemple, dans les faits de Brodie et de Lenoir, dont personne ne peut mettre en doute l'habileté opératoire.

Il est donc regrettable que M. Duplay n'ait pas pu faire l'autopsie de son malade, parce que nous saurions si, oui ou non, il s'agissait là d'une anomalie artérielle.

M. LEFORT. Je suis du même avis que MM. Verneuil et Giraldès, et je reconnais que l'importance des artères collatérales a été exagérée; mais il ne faudrait cependant pas méconnaître leur influence réelle.

Leur rôle est, par exemple, évident pour la ligature de l'artère

sous-clavière en dehors des scalènes, car cette opération est si souvent suivie d'hémorrhagie secondaire par le bout inférieur, que je ne connais qu'un seul cas de guérison observé par Smith, de New-York.

Dans le cas de M. Duplay il faut, pour expliquer la récidive de l'hémorrhagie, tenir compte de ce que la ligature avait été précédée par des tentatives de compression plusieurs fois renouvelées. La ligature employée d'emblée n'aurait peut-être pas été suivie d'hémorrhagie.

M. TRÉLAT. Je suis d'accord avec tous mes collègues sur le rôle exagéré qu'on a indûment attribué aux collatérales; j'ajouterai que dans toute ligature il faut tenir un grand compte de la coagulabilité du sang d'une part, et d'autre part de la plasticité cicatricielle, qui jouent toutes deux un rôle important dans l'hémostase. La coagulabilité est une qualité de premier ordre; son effet est immédiat; elle assure la formation du caillot obturateur. La plasticité n'est guère moins importante, quoiqu'elle n'agisse que consécutivement; c'est elle, en effet, qui préside à la réparation des tissus, et sans elle, les malades sont menacés d'hémorrhagie secondaire.

Il faut toujours, dans une opération de ligature, se préoccuper des qualités hémostatiques du sang et de ses qualités plastiques. Chaque fois qu'un anévrysme n'obéit pas aux grandes méthodes opératoires, on doit songer à l'altération possible des qualités du sang.

Dans le cas observé par M. Duplay, tout avait échoué, puis la ligature de l'iliaque externe réussit. Enfin, peut-être faut-il tenir compte ici des qualités anatomiques des parois artérielles. Ce n'est d'ailleurs pas un fait rare que de voir une ligature plus rapprochée du cœur réussir là où on avait échoué avec une ligature plus éloignée.

M. DUPLAY. Après la première hémorrhagie j'avais l'intention de lier les deux bouts de l'artère. Je commençai par le supérieur, et l'hémorrhagie s'arrêta si bien, que je crus pouvoir me dispenser de lier le bout inférieur, à la condition d'entourer le malade d'une surveillance de tous les instants; mais je crois avec M. Verneuil qu'en règle générale on doit lier les deux bouts.

Je n'ai pas davantage voulu condamner d'une manière absolue la ligature de l'artère fémorale au triangle de Scarpa, mais mon observation est un fait de plus à enregistrer contre elle. En disant que dans cette opération le voisinage de l'artère fémorale profonde est une cause d'hémorrhagie, je n'ai fait qu'exprimer une opinion classique.

Je suis tout disposé à accorder à M. Trélat que les qualités du sang sont très-importantes pour le succès d'une ligature; mais il ne faut pas nier trop vite l'influence des artères collatérales, surtout quand il s'agit d'une artère aussi importante que la fémorale profonde. L'observation de mon malade met, selon moi, cette influence hors de toute contestation, puisque les deux ligatures faites au triangle de Scarpa avaient été insuffisantes, tandis que j'ai réussi par la ligature de l'iliaque externe.

Si l'autopsie de ce malade avait été possible, j'aurais peut-être trouvé quelque anomalie artérielle; je suis en cela de l'avis de M. Giraldès, mais je puis assurer qu'il n'existait pas une double artère fémorale, puisque immédiatement après la ligature on pouvait constater que tout battement avait disparu dans l'anévrysme.

L'absence de l'autopsie est d'autant plus regrettable que je ne sais pas encore comment m'expliquer que la ligature du bout supérieur ait arrêté l'hémorrhagie qui s'était produite par le bout inférieur.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 3 MAI 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ;

— L'*Union médicale*;

— La *Gazette hebdomadaire ;*

— Le *Bulletin général de thérapeutique,* numéro du 30 avril.

— Une lettre de M. Houel, qui demande un congé.

COMMUNICATION

De l'élévation brusque de la température comme prodrome de l'érysipèle traumatique.

M. VERNEUIL. La variabilité et l'inconstance des prodromes rendent parfois difficile le diagnostic de l'érysipèle à son début. Il y a donc intérêt à signaler tous les indices capables d'annoncer l'invasion prochaine de la maladie en question.

Dans trois cas récemment observés, l'élévation brusque de la température a précédé de 24 heures au moins l'apparition de l'exanthème. Ce phénomène s'est montré d'une manière si nette que, malgré le petit nombre des faits que je rapporte, j'appelle sans hésiter l'attention sur un signe précurseur à coup sûr important.

L. B..., 17 ans, serrurier, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, 24, le 21 mars dernier, pour un bubon inguinal à droite. La suppuration étant survenue, une ouverture fut pratiquée, qui prit bientôt l'aspect chancreux. Des pansements à l'iodoforme modifièrent la plaie, qui était presque guérie dans les premiers jours d'avril. Le malade se levait et se promenait dans le jardin, buvant, mangeant et dormant bien, lorsque, dans la nuit du 6 au 7 avril, il fut pris d'un frisson très-violent, qui dura de deux à quatre heures du matin. A la visite, à neuf heures : face vultueuse, céphalalgie, soif vive, anorexie, pouls plein et rapide, chaleur intense de la peau, température 40,2.

Du côté de la plaie, peu de changement appréciable, sauf la suppression de quelques gouttes de pus qu'elle fournissait encore la veille.

Le diagnostic était incertain : le début était bien soudain et la réaction bien vive pour une fièvre synoque. On ne retrouvait aucun des prodromes ordinaires des fièvres éruptives; j'avais bien observé vers la fin de janvier une pyohémie à la suite d'un chancre inguinal, mais le frisson avait été précédé d'un malaise de deux jours et d'un changement fâcheux dans l'aspect de la plaie, le tout amené probablement par un écart de régime et un refroidissement. Nous n'avions ici aucun antécédent semblable, aucun excès, aucun changement brusque de température, aucune septicémie antérieure; d'ailleurs le frisson n'avait pas été suivi de sueurs et les traits n'offraient point cette altération si fréquente dans la pyohémie commençante. J'écartai donc absolument cette hypothèse et suspendis mon diagnostic.

Le malade fut tenu à la diète et aux boissons délayantes. Le lendemain matin, une rougeur avec douleur et léger gonflement au pourtour de la plaie annonça le développement d'un érysipèle.

La température resta élevée pendant deux jours; elle fléchit le troisième (39°,5), mais remonta le lendemain à 40, à cause de l'apparition sur la face antérieure du scrotum d'une plaque de sphacèle.

Six jours après le début de l'érsyipèle, le thermomètre oscillait autour de 38, pour revenir à 37, puis à 36,5, où il resta pendant la convalescence.

La moyenne semble chez ce sujet être de 37°; l'ascension initiale de l'érysipèle avait donc été au moins de 3 degrés.

IIe Observation. — Mme X...., 67 ans, de haute taille, de forte constitution, entre à Lariboisière pour une fracture du col du fémur gauche.

Elle fut placée dans la gouttière Bonnet et s'en trouva bien; elle se plaignait seulement de douleurs erratiques dans tout le corps, et surtout dans le membre blessé, et d'une insomnie continuelle. Le bromure de potassium à la dose de *deux* grammes fit rapidement justice de ces symptômes, et tout se passa bien jusque dans les derniers jours d'avril.

A cette époque, la malade se plaignit de douleurs et de cuissons vers la région du siége. Je reconnus, en effet, que les bords de l'échancrure de la gouttière s'étaient durcis et avaient provoqué quelques excoriations très-superficielles. Comme la hanche était indolente et que la consolidation devait être avancée, je consentis à replacer avec précaution la malade dans son lit. Les parties malades furent soigneusement abstergées et saupoudrées deux fois par jour avec la poudre d'amidon.

Le soulagement fut immédiat. Ainsi Mme X..., qui était d'un caractère doux et aimable, me déclara trois ou quatre jours après qu'elle se sentait très-bien et comptait sur une prochaine guérison. L'état général était à la vérité aussi bon que possible, et toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Les choses changèrent brusquement; dans la nuit suivante éclatèrent des troubles fort alarmants : suffocation, lividité de la face, embarras de la parole, résolution des membres, puis état comateux, petitesse extrême du pouls, etc. L'interne de garde porta le pronostic le plus grave et prescrivit des sinapismes.

A la visite, légère amélioration; la connaissance est un peu reve-

nue, mais la parole est encore confuse; l'œil à demi clos ne s'ouvre qu'avec peine, les deux membres supérieurs sont fléchis et contracturés; la malade ne peut me donner la main. Il n'y a point de déviation des traits, point d'hémiplégie; la peau est à peine chaude, le pouls ne bat pas plus de 80 fois; la respiration est plutôt lente; point de nausées, ni de toux, ni de rétention, ni d'incontinence d'urine. Au reste, pas de souffrances accusées; dès qu'on cesse d'interroger la malade, elle retombe dans une sorte de coma.

J'applique par hasard le thermomètre : à ma surprise, il accuse 40° dans l'aisselle, 40,4 dans le vagin. La région sacrée est examinée, il n'y a ni rougeurs ni gonflement; les petites excoriations sont recouvertes par une minime croûte. Avec une fracture du col du fémur, il n'y avait guère à songer à une embolie. La respiration, l'état du pouls, ne permettaient guère d'admettre une phlegmasie soudaine des poumons.

Je pensai donc, en raison d'ailleurs des symptômes cérébraux si marqués, à une complication encéphalique. Mais là encore l'embarras était grand; l'absence d'hémiplégie ne plaidait pas pour l'apoplexie; la contracture aurait indiqué plutôt un ramollissement ou une hémorrhagie méningée; mais, information prise, ces lésions à leur début n'étaient guère capables de provoquer une élévation aussi grande et aussi rapide de la température.

Je ne puis m'empêcher d'émettre l'hypothèse d'un érysipèle imminent, en me rappelant le sujet de la première observation, et malgré l'absence de toute rougeur dans la région du siége.

Je prescrivis de nouveaux sinapismes, une potion cordiale et un lavement purgatif.

Dès le lendemain, l'érysipèle faisait son apparition à la région sacrée. Il gagna rapidement tout le dos et arriva jusqu'à la nuque. L'état adynamique se prononça de plus en plus pendant les jours suivants: sécheresse de la langue, constipation, ballonnement du ventre; urines rares, soif vive, température oscillant entre 40 et 50, etc. Cependant, sous l'influence de la potion de Todd, l'état s'améliora sensiblement; je pus même croire à la guérison, lorsque, dans la nuit du 3 mai, Mme X... succomba rapidement sans accident particulier.

J'avais appris incidemment par le fils de la malade que les facultés intellectuelles avaient notablement baissé depuis quelques mois, et qu'à plusieurs reprises s'étaient montrés des phénomènes cérébraux analogues à ceux que j'ai décrits plus haut. L'invasion de l'érysipèle n'avait donc fait que les susciter de nouveau. L'autopsie

montra : l'intégrité absolue des poumons et du cœur. Sang fluide très-noir, poisseux, sans coagulum; foie petit, normal; rate un peu gonflée et diffluente; rein très-congestionné; intestin distendu par des gaz.

Fracture intra-capsulaire, sans trace de consolidation osseuse; les fragments sont en rapport, le déplacement est très-minime. Aucun vestige de suppuration dans le foyer de la fracture.

Le cerveau, de volume ordinaire, semble normal au premier abord; point d'injection marquée des méninges, ni de la substance grise. Les artères sont athéromateuses au plus haut degré; la plupart sont ouvertes et n'offrent pas d'embolie. Les phénomènes cérébraux s'expliquent toutefois par l'existence, dans les deux couches optiques, de foyers de ramollissement remarquablement symétriques comme siége et comme étendue; ils paraissent remonter à une époque assez éloignée. Le reste des parties centrales et périphériques de l'encéphale paraît tout à fait sain.

Il est donc évident que l'érysipèle, en ce cas, a manqué tout à fait des prodromes ordinaires, et que l'élévation de la température m'a seule conduit à soupçonner sa prochaine invasion.

Dans le dernier cas, le signe en question n'a pas fait défaut, mais il n'a pas été remarqué, et c'est seulement après la constatation de l'érysipèle que l'on a reconnu l'ascension brusque de la température. Si je n'ai pas profité de cet indice, le fait, au point de vue théorique, n'en est pas moins concluant.

IIIe Observation. D. D..., 35 ans, employé, de petite taille, mais robuste et bien portant, vient à l'hôpital pour se faire débarrasser d'un adénome de la parotide gauche.

Après les préparations convenables, l'opération fut pratiquée le 13 avril. Le thermomètre, interrogé préalablement plusieurs jours de suite, donna une moyenne basse de 36,2.

L'extirpation fut facile. La plaie fut remplie de charpie, fréquemment arrosée d'alcool.

Le 14 et le 15, température 37. Une complication de névralgie faciale, si commune dans les opérations de ce genre, fut rapidement dissipée par le sulfate de quinine, et disparut en trois jours sans avoir du reste modifié la courbe thermométrique.

A partir du 18, on revint à 36 avec ou sans fractions. On peut donc dire que la fièvre traumatique fut nulle, ou du moins fort minime.

L'état général était si bon et la cicatrisation marchait si réguliè-

rement, que le malade, à partir de ce jour, commença à se lever et à se promener dans les salles. Peut-être commit-il quelque imprudence; toujours est-il qu'à la visite du 24 il se plaignit d'un léger malaise, qu'il attribuait à la constipation.

Rien d'appréciable à la plaie, qui mesure à peine 1 centimètre de profondeur, et dont les bords sont presque en contact. Un léger purgatif est prescrit. Le malade reste levé une grande partie du jour. Le lendemain 25, la plaie est sèche, les bords sont douloureux, tuméfiés et rouges.

La nuit a été très-agitée; le malaise s'est accru, un érysipèle s'est déclaré, envahissant successivement l'oreille, la nuque, la racine des cheveux, toute la moitié gauche et une partie de la moitié droite de la face. Il a été assez grave et ne s'est éteint qu'au bout de huit jours.

Lorsque l'exanthème a été évident, le 25, j'ai consulté le tracé thermométrique, recueilli soigneusement soir et matin par M. Trève, élève du service, et voici ce que j'ai constaté :

22.	Matin........................	36
	Soir........................	36
23.	Matin........................	36
	Soir........................	36,2
24.	Matin........................	39
	Soir........................	39,1
25.	Matin........................	39,4
	Soir........................	39,4

Donc, le 23 au soir, la température était à 36,2, et le 24 au matin elle atteignait 39, faisant ainsi un écart subit de près de 3 degrés.

Cette ascension, si je l'avais connue, m'aurait mis sur la voie, et avec d'autant plus d'avantage qu'en l'absence de tout prodrome alarmant et de tout symptôme caractéristique, je n'avais vu dans le malaise qu'un effet peu significatif de la constipation.

Je ferai remarquer que dans les observations qui précèdent, les prodromes de l'érysipèle ont été très-différents, et n'ont présenté rien de caractéristique. Frisson violent dans le premier cas; phénomènes cérébraux dans le second; malaise presque insignifiant chez le troisième, à ce point qu'on aurait pu croire chez ce dernier à un début soudain de l'exanthème.

L'élévation brusque de la température a été le seul signe com-

mun à ces trois cas ; seul il m'a fait porter chez la femme à la fracture un diagnostic en apparence très-hasardé.

Je n'entends pas dire que dans tous les cas d'érysipèle il en sera de même, et que l'ascension rapide de la colonne thermométrique est pathognomonique de la maladie en question, car je trouverais dans mes propres observations de quoi contredire une assertion trop absolue.

Il est évident, d'abord, que si un érysipèle se déclare dans le cours d'une fièvre traumatique, qui déjà a élevé la température à 38 ou 39 degrés, l'augmentation d'un degré n'aura rien de caractéristique. De plus, d'autres affections que l'érysipèle, survenant chez un malade apyrétique, peuvent subitement faire monter le thermomètre. En voici un exemple frappant :

Un jeune homme de la province entra dans mon service pour une affection très-ancienne du tibia. Une ostéo-périostite, datant de sa jeunesse, avait laissé de nombreuses cicatrices, et trois trajets fistuleux conduisaient le stylet jusqu'à des sequestres parcellaires. Je résolus d'enlever ces débris. Le jour pris et le malade ayant subi le traitement préparatoire : bains, purgatif salin, etc., je constatai, dans un dernier examen et avant de conduire le patient à l'amphithéâtre d'opération, un changement dans l'état général, qui, la veille encore, était excellent. Peau chaude, teint animé, face vultueuse, pouls large et plein, langue un peu blanche, etc. Malgré tout, le jeune homme se sentait assez bien et attribuait l'appareil fébrile à l'insomnie de la nuit précédente, insomnie d'ailleurs imputable à un certain souci de l'opération.

Le thermomètre marquait 39,5. Comme je n'admets guère que les seules émotions morales puissent produire une telle élévation de température, je soupçonnai quelque complication latente, et dans le doute je m'abstins naturellement. Au bout de deux jours, l'apparition d'une varioloïde nous donna l'explication du mouvement fébrile.

Depuis cette époque je ne pratique guère d'opération sans consulter le thermomètre, à plusieurs reprises même, à moins qu'il n'y ait urgence. Cette précaution a deux avantages : elle indique d'abord la moyenne de la température individuelle, assez variable comme on le sait, et ce qui permet de constater l'époque d'apparition et l'intensité de la fièvre traumatique ; en second lieu, elle pourrait révéler l'existence d'un état général mal accusé, et susceptible, en conséquence, de passer inaperçu. Je citerai à ce propos un fait qui m'a beaucoup impressionné.

Un homme de 50 ans environ vint me trouver pour être débarrassé d'un épithélioma de la grosseur d'une noisette, situé sur le bord droit de la langue. Mon ordre du jour opératoire étant assez chargé pour le moment, le malade, qui désirait séjourner le moins possible à l'hôpital, me demanda à sortir quelques jours et à ne rentrer que la veille de l'opération. J'y consentis.

N'ayant découvert, lors de mon premier examen, aucune contre-indication, je n'en soupçonnai pas de récente, et comme le cas était d'ailleurs très-simple, que le patient était très-résolu, très-courageux et n'avait aucun malaise, je procédai à l'extirpation de la tumeur par l'écrasement linéaire.

L'acte opératoire en lui-même n'offrait rien d'insolite. Cependant, contrairement à la coutume, je fus obligé de lier à la surface de la plaie une artère assez volumineuse, bien que, suivant mon habitude, j'aie procédé avec toute la lenteur nécessaire.

La journée fut assez mauvaise; dans l'après-midi survint une hémorrhagie qu'on arrêta avec de la glace et des attouchements, avec le perchlorure de fer. Le lendemain matin, fièvre vive, grande difficulté pour la déglutition, douleurs inaccoutumées dans la partie correspondante de la face et du cou. La nuit avait été agitée. Je fis les prescriptions convenables; mais dans la soirée la respiration s'embarrassa et la mort survint, 36 heures environ après l'extirpation.

Une terminaison pareille et aussi prompte, d'une opération en général fort bénigne, me surprit infiniment; mais l'autopsie expliqua tout, en nous montrant du côté droit une pneumonie très-étendue et parvenue même au troisième degré dans le lobe inférieur; comme il n'est guère possible d'admettre qu'une telle affection se soit développée, en la saison tempérée où l'on était, dans l'espace de 36 heures, je restai convaincu qu'elle préexistait à l'opération et que, contre toutes les règles, et bien involontairement, j'avais opéré un pneumonique.

Je reconnais, sans hésitation, avoir commis une faute en ne répétant pas l'examen organique complet avant d'instrumenter; car, si j'avais interrogé le thermomètre, j'aurais été pour le moins averti sommairement d'un danger dont il eût été facile ensuite de découvrir la source.

Il n'y a rien de neuf dans tout ce que j'ai dit sur l'élévation subite de la température au début de l'érysipèle traumatique. Pour plus ample information, on pourra consulter le récent article de

Wolkmann (1), et y voir de nombreux tracés thermométriques. J'ai seulement voulu vulgariser cette donnée intéressante, et saisir une occasion pour recommander avec instance à tous mes confrères l'emploi d'un moyen simple et commode, qui rend journellement au lit du malade les plus signalés services dans le diagnostic et le pronostic des affections chirurgicales à forme fébrile.

M. MARJOLIN. Je demanderai à M. Verneuil si les malades dont il vient de nous communiquer les observations ne présentaient pas, indépendamment des signes révélés par le thermomètre, quelques autres phénomènes initiaux de l'érysipèle, et en particulier un état saburral et des vomissements.

M. VERNEUIL. Chez l'un de mes malades il y eut un frisson; chez un autre il se manifesta un état cérébral assez singulier; chez un troisième je n'observai rien de particulier. En somme, aucun de ces trois malades ne présenta les phénomènes qui précèdent habituellement l'apparition de l'érysipèle, et qui sont familiers à tous les chirurgiens.

Jamais je n'aurais prévu chez ces malades la naissance d'un érysipèle si je n'avais eu recours à la thermométrie; les services qu'elle m'a rendus ont surtout été frappants chez la femme dont j'ai rapporté l'observation, car chez elle aucun autre signe n'avait annoncé une maladie imminente.

Peu de maladies font monter le thermomètre aussi haut que l'érysipèle; il faut cependant en excepter la variole, ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois, et en particulier chez un jeune homme atteint de nécrose du tibia avec séquestre; le jour où je devais l'opérer, je lui trouvai, à ma visite, la figure animée. Le malade attribuait son malaise à l'émotion, mais le thermomètre marquait chez lui 39° 1/2. J'ajournai l'opération et bien m'en prit, car trois jours après, le malade avait une éruption de variole.

Chez les vieillards, les oscillations thermométriques sont souvent très-grandes, ainsi que nous l'a appris M. Chariot; mais il n'en est plus de même chez les adultes, à moins d'imminence de maladie grave.

M. MARJOLIN. Je ne veux pas contester l'importance des renseignements que peut fournir le thermomètre; mais il n'en reste pas moins vrai que très-habituellement l'apparition d'un érysipèle

(1) *In* Pitha et Billroth, t. Ier, 2e partie, 1er fascicule, p. 163 et suivantes.

est précédée par un état saburral bien marqué, qui s'accompagne souvent de vomissements.

Le frisson qui survient chez un adulte doit mettre aussi le chirurgien sur ses gardes; mais ce phénomène est difficile à observer chez les enfants, qui rendent mal compte de ce qu'ils ont éprouvé, tandis que l'état saburral est facile à savoir: les enfants, pour me servir d'une locution bien connue, boudent devant la nourriture. L'haleine a une odeur désagréable; la langue est blanche; bientôt surviennent des vomissements. Quand on observe ce cortége de symptômes, il faut surveiller toutes les plaies, regarder autour des oreilles et des narines, autour des boutons et des croûtes qu'on trouve si souvent chez les enfants. L'érysipèle n'est pas encore né, mais il est probable qu'il apparaîtra le lendemain.

M. VERNEUIL. C'est avec raison que M. Marjolin accorde une grande importance aux phénomènes saburraux; mais dans les services de chirurgie on observe assez souvent des érysipèles brusques, qui naissent sans prodromes; c'est ainsi que vingt-quatre heures après une opération légère, telle que l'ablation d'un petit séquestre, le cathétérisme d'un trajet fistuleux, ou même après un simple pansement, on trouve souvent une rougeur érysipélateuse autour de la plaie; il est vrai de dire que presque toujours cette rougeur est diffuse, et que son contour est moins accusé, moins coloré que dans l'érysipèle vrai.

M. MARJOLIN. Je ferai remarquer à M. Verneuil que dans ses trois observations il s'agissait précisément d'érysipèles spontanés, et non pas d'une rougeur érysipélateuse consécutive à une petite opération.

M. DESPRÉS. Je pense, comme M. Marjolin, que l'érysipèle est toujours précédé, pendant un jour ou deux, par des malaises, de la fièvre, un état saburral et quelquefois par des vomissements; si ces symptômes ne sont pas réunis en groupes, ils se montrent du moins isolément et suffisent encore pour faire prévoir un érysipèle; je ne les ai jamais vus manquer tous dans les nombreuses observations d'érysipèles que j'ai autrefois recueillies avec le plus grand soin; ils peuvent cependant être masqués, si l'érysipèle débute pendant le cours d'une autre maladie fébrile.

Quant aux rougeurs de forme érysipélateuse qui succèdent à une exploration de trajet fistuleux ou autre opération légère, il ne faut pas les considérer comme des érysipèles vrais; elles sont, à mon avis, uniquement produites par une angioleucite consécutive à la déchirure de quelques vaisseaux lymphatiques : aussi elles sont ac-

compagnées par l'engorgement des ganglions lymphatiques. On m'objectera sans doute que l'érysipèle est lui-même précédé et accompagné par cet engorgement des ganglions lymphatiques, que c'est là une coïncidence que personne ne met en doute depuis que Blandin a attiré sur elle l'attention des chirurgiens; mais je n'hésite pas à déclarer, malgré l'autorité de ce savant maître, que cette adénite est aussi commune dans l'angioleucite qu'elle est rare dans l'érysipèle vrai.

Cela dit, je n'accepterai qu'avec une certaine restriction les renseignements que le thermomètre fournit pour le diagnostic de l'érysipèle; en effet, une élévation énorme de température n'est pas spéciale à l'érysipèle, elle se rencontre dans un assez grand nombre de maladies, et en particulier dans la scarlatine.

De plus, l'érysipèle lui-même présente de nombreuses variétés, et, quand il s'agit d'un érysipèle bénin, comme celui qu'on observe si souvent aux ailes du nez, je pense que l'élévation de la température n'est pas aussi considérable que celle qui a été relevée par M. Verneuil.

M. VERNEUIL. Je ne partage pas l'opinion de M. Després sur la manière dont il faut interpréter l'engorgement des ganglions lymphatiques; mais il convient, je crois, de laisser ce point de pathologie en dehors de la discussion actuelle.

L'augmentation de la température, dit encore M. Després, ne doit pas être considérable dans l'érysipèle bénin et dans l'angioleucite. Mais son opinion reste à l'état de simple assertion, parce qu'elle ne s'appuie sur aucune observation précise; je puis donc la regarder comme non avenue. D'ailleurs, il n'est pas facile d'établir une ligne de démarcation précise entre un érysipèle grave et un érysipèle bénin; une petite plaque érysipélateuse suffit quelquefois pour jeter les malades dans un état alarmant; tel est assez souvent l'érysipèle qui sort par les narines, après avoir débuté par le pharynx.

En résumé, il ne faut négliger aucun des signes prodromiques qui peuvent faire diagnostiquer un érysipèle; mais les observations que j'ai rapportées démontrent qu'il peut être très-utile d'y ajouter les renseignements fournis par la thermométrie.

M. DESPRÉS. L'état fébrile qui accompagne l'érysipèle qui sort par les narines s'explique par la coexistence d'un coryza grave; mais quand l'érysipèle se produit au nez, autour d'un bouton d'acné, par exemple, la fièvre est souvent peu intense et les phénomènes initiaux sont légers. Je doute fort qu'il y ait alors une augmentation notable de la température.

Dans l'érysipèle comme dans l'angioleucite, la fièvre et les prodromes sont variables suivant les cas; il ne faut pas généraliser, et la thermométrie, qui sera utile quelquefois, sera infidèle d'autres fois.

M. LIÉGEOIS. M. Verneuil a signalé chez l'un de ses malades un état cérébral assez singulier. Ces troubles du système nerveux me paraissent difficiles à expliquer; c'est ainsi que chez la malade opérée d'une tumeur adénoïde du sein que j'ai montrée ici il y a quelques jours, j'ai observé successivement la paralysie de l'une et l'autre jambe, de la gêne dans les mouvements de la langue, puis une incontinence d'urine. Cette malade est aujourd'hui parfaitement guérie; mais je déclare qu'il m'a été impossible de trouver une explication satisfaisante des troubles nerveux qu'elle avait présentés.

Pathologie herniaire.

M. TRÉLAT. Messieurs, je viens encore vous entretenir d'un fait relatif à la pathologie des hernies. En voici d'abord l'observation :

Hernie crurale étranglée. — Phénomènes singuliers de cyanose. — Mort rapide. — (Observation recueillie par M. Thaom, interne). — Le nommé D..., âgé de 46 ans, est transporté à la Pitié, le 26 avril, dans le service de Trélat.

Cet homme fait le récit suivant : Il porte une hernie depuis quelques années; la hernie n'a jamais été maintenue par un bandage; elle rentre entièrement lorsque le malade est couché.

La veille, 25 avril au matin, il est pris subitement de coliques et de vomissements; sa hernie, sans cause connue, sort plus grosse que jamais. Rentré chez lui, le malade garde le lit toute la journée, sans recourir à un chirurgien.

Le 26 avril, on constate l'existence d'une hernie crurale droite, de la grosseur d'une noix, douloureuse au toucher, à peine sonore à la percussion, sans gargouillement. L'état général du malade est bon, le ventre est normal, les selles sont suspendues depuis la veille, des vomissements verdâtres se sont montrés deux fois. Taxis infructueux pendant 10 minutes; application de glace sur la tumeur. Repos absolu.

27 avril. L'état général n'a pas changé, les selles ne sont pas revenues, les vomissements persistent et sont plus fréquents; le ventre est modérément sensible à la pression. Anesthésie par le chloroforme, taxis prolongé (12 à 15 minutes) sans résultat; application d'une bande de caoutchouc.

Pendant le sommeil chloroformique on avait remarqué des phénomènes accusés de cyanose. A son réveil le malade était revenu à son état normal.

Deux heures après, l'interne de garde constata que la cyanose était revenue ; en même temps le ventre était ballonné et les vomissements redoublaient. La bande de caoutchouc est retirée; la tumeur semble un peu diminuée de volume. On administre un lavement purgatif et on prescrit des révulsifs aux jambes.

Mais la cyanose persiste, et le malade meurt une heure après (4 heures du soir), couvert d'une sueur visqueuse, le corps et la face violets, la peau remarquablement froide.

M. Leroy des Barres, interne de garde, immédiatement appelé, est frappé par ces phénomènes.

Autopsie. — *Abdomen.* — Péritonite généralisée; un demi-litre de liquide séro-purulent dans le petit bassin, vascularisation intense du péritoine et des viscères, fausses membranes minces et molles, agglutinant quelques anses intestinales. La péritonite ne semble pas remonter à plus de 48 à 60 heures. C'est le terme qu'il semble le plus rationnel de fixer.

Fossettes crurales très-accusées des deux côtés. Au niveau de la fossette droite, orifice circulaire de 8 millimètres de diamètre, avec un bord résistant fibreux, formé par les plis du péritoine (stigmates).

De cet orifice on introduit un stylet dans un canal plus étroit encore, qui aboutit à un sac situé dans le canal crural, en dedans de la veine fémorale. La cavité du sac est vide, ses parois sont épaissies par des couches de tissus graisseux. L'intestin hernié est rentré dans l'abdomen; on aperçoit à 15 centimètres environ du cœcum une sorte d'élévation, n'intéressant qu'une paroi du conduit; son aspect noirâtre témoigne de la constriction au niveau de l'orifice crural : donc pincement de l'intestin par le collet d'un sac inhabité.

Cavité thoracique. — Emphysème des deux poumons, vésicules largement dilatées sur les bords de ces organes. Cavités droites du cœur dilatées; fibre musculaire cardiaque normale.

Encéphale. — Liquide sous-arachnoïdien légèrement plus considérable.

Système veineux rempli de sang veineux, pris en gelée. Aucun caillot embolique.

Comment expliquer une mort, sinon subite, du moins auss ra-

pide? Fallait-il invoquer une asphyxie lente, comme il s'en produit quelquefois après la chloroformisation? Je ne le pense pas, car cet homme avait été réveillé facilement; il avait respiré largement; d'ailleurs, dans cette hypothèse, la mort aurait été plus rapprochée du moment de la chloroformisation.

Fallait-il songer à une réduction en masse de la hernie avec persistance de l'étranglement, ou bien encore à une rupture de l'intestin? Toutes ces suppositions n'expliquaient pas une mort survenue aussi vite.

L'autopsie nous montre une hernie épiploïque non réduite. L'intestin avait été hernié, puis réduit; il avait été pincé sur une petite étendue, qu'on reconnaissait facilement à un aspect particulier; l'altération des tuniques intestinales y était assez avancée pour rendre une perforation imminente; mais nous avons pu nous assurer qu'elle ne s'était pas encore produite.

Nous trouvâmes en outre une péritonite étendue, avec production de fausses membranes et de pus.

Il n'existait aucune lésion, ni dans les gros vaisseaux ni dans les poumons. Quelques vésicules pulmonaires m'ont cependant paru distendues outre mesure.

Une péritonite aussi avancée que celle dont je parle ne s'était pas déclarée depuis le taxis; elle n'aurait pas eu le temps de se développer en 5 ou 6 heures; il faut donc admettre qu'elle avait débuté avec l'étranglement, qu'elle remontait par conséquent à trois jours.

C'est par cette péritonite, qui était restée latente pendant la vie, qu'on doit, selon moi, expliquer la mort de mon malade. Je fonde cette explication sur les lésions révélées par la nécropsie et sur le refroidissement rapide du cadavre. Cet abaissement de température commence avant la mort, il est rapide; il a pu faire comparer l'état des malades qui en sont atteints à celui des cholériques; de là le nom de choléra herniaire, qui lui a été donné, quoiqu'il puisse se montrer dans des affections autres que la péritonite herniaire.

M. Broca, auquel j'ai exposé les faits que je viens de vous communiquer, accepte l'explication que j'en donne; il aurait vu deux faits analogues à celui dont je viens d'être le témoin.

M. VERNEUIL. La dénomination de choléra herniaire est loin d'être irréprochable, puisque la diarrhée est l'un des signes principaux du choléra, tandis que la constipation est opiniâtre dans les hernies.

J'ai vu, comme M. Trélat, un malade atteint de hernie mourir

très-rapidement, subitement même, au moment où il sortait d'un bain; mais chez mon malade on trouva à l'autopsie les signes d'une congestion pulmonaire sans aucune trace de péritonite.

M. GUÉNIOT. La mort subite, chez les individus atteints de péritonite, est sans doute un fait extrêmement rare et dont il est difficile de donner une explication satisfaisante. J'ai eu cependant l'occasion d'en observer un exemple, en 1861, pendant mon internat à la Maternité.

Ce cas me paraît devoir être rapproché de celui de M. Trélat, quoique la malade qui en fait l'objet ne fût pas affectée de hernie.

Il s'agit d'une femme accouchée heureusement depuis 4 ou 5 jours, et qui paraissait se trouver dans les conditions de santé les plus satisfaisantes. Elle n'accusait aucune douleur et n'offrait aucun symptôme notable de maladie quelconque. Cependant, après avoir pris un potage à l'heure accoutumée, elle succomba tout à coup en quelques minutes.

Cette mort si imprévue me fit penser à l'existence de quelque lésion vasculaire ou cardiaque, à une embolie, par exemple. Or, il n'en était absolument rien. L'autopsie, que je pratiquai de concert avec mon collègue Ball, ne nous révéla pas autre chose qu'une péritonite généralisée avec liquide et pseudo-membranes. Cette péritonite, comme dans le fait de M. Trélat, n'avait donc pas été soupçonnée pendant la vie, et elle paraît avoir été la cause d'une mort très-rapide, sinon même subite.

M. DUPLAY. Il me semble que M. Trélat, en attribuant exclusivement la mort de sa malade à la péritonite, fait trop bon marché de l'étranglement, qui peut tuer les malades sans complication de péritonite. J'ai vu des cas de mort de ce genre et je serais disposé à expliquer la mort du malade de M. Trélat, non-seulement par la péritonite, mais encore par l'étranglement.

M. TRÉLAT. Dans l'étranglement proprement dit, la mort n'est jamais très-rapide; elle survient après 3, 4, 5, 6, 7 jours; jamais elle ne se produit en quelques heures. Cette rapidité insolite demandait une explication, et je l'ai attribuée à la péritonite. On trouverait certainement des observations du même genre en compulsant les mémoires écrits sur la pathologie des hernies.

Il m'a paru important d'appeler l'attention de mes collègues sur un cas de péritonite qui avait débuté en même temps que l'étranglement, parce que c'est là une complication redoutable dont il faut tenir compte dans le pronostic. Je suppose en effet que j'aie opéré mon malade, on aurait certainement attribué sa mort à l'opération,

sans songer à la cause réelle, c'est-à-dire à la péritonite préexistante.

M. DUPLAY. L'étranglement, indépendamment de toute péritonite, peut tuer un malade en 24 heures et même plus rapidement encore. Je crois qu'une mort très-rapide peut s'expliquer aussi bien par l'étranglement que par une péritonite.

M. DEPAUL. Je n'ai jamais vu de péritonite produire une mort subite, et je suis disposé à croire que la malade dont M. Guénot vient de raconter brièvement l'observation, présentait avant sa mort des signes de péritonite qui ont été méconnus.

L'explication donnée par M. Trélat ne me satisfait pas complétement; il a d'ailleurs donné peu de renseignements sur l'état de son malade entre le moment de la chloroformisation et le moment de sa mort. Je le prie de combler cette lacune.

M. TRÉLAT. Immédiatement après la chloroformisation, le malade fut réveillé sans aucune difficulté; il était mal à son aise, mais il ne présentait aucun symptôme de congestion. Le ventre était dur, tendu, ballonné; le malade faisait des efforts.

M. DEPAUL. Les renseignements que vient de nous fournir M. Trélat augmentent mes doutes : son malade faisait quelques efforts, et, d'autre part, nous savons qu'à l'autopsie on trouva quelques vésicules pulmonaires dilatées outre mesure. Ne pourrait-on pas se demander si, sous l'influence du chloroforme et des efforts, ce malade n'aurait été pris subitement d'emphysème interlobulaire? J'ai publié autrefois un travail sur un cas de mort rapide causée par cette espèce d'emphysème. Il s'agissait d'une femme en travail d'accouchement; après une heure et demie d'efforts elle fut prise subitement d'un étouffement si menaçant, que je dus terminer artificiellement l'accouchement par une application de forceps. La malade mourut quelques instants plus tard, et je constatai à l'autopsie que la mort avait été produite par un emphysème.

Une autre fois, un emphysème rapidement mortel s'est produit après les efforts provoqués par l'administration d'un vomitif.

En rapprochant des faits analogues, j'ai pu en réunir une dizaine, que j'ai cités dans mon mémoire.

M. TRÉLAT fait remarquer, en terminant cette discussion, que les malades atteints d'emphysème interlobulaire meurent par asphyxie, sans présenter d'algidité, tandis qu'elle est très-marquée dans le choléra herniaire. C'est parce que toute autre explication lui paraissait insuffisante ou incomplète, que M. Trélat a cru trouver dans la péritonite la cause de la mort rapide de son malade.

Ponction intestinale. — M. DEPAUL. Messieurs, M. Dolbeau nous a communiqué, il y a peu de temps, un cas fort intéressant de ponction de l'intestin chez un malade atteint d'étranglement herniaire. Plusieurs de nos collègues ont cité, à ce propos, des observations de ponctions intestinales faites chez des malades atteints de tympanites de causes différentes.

L'innocuité de cette opération m'a enhardi, et, il y a huit ou dix jours, j'ai pratiqué cette ponction chez une femme atteinte de péritonite. Cette femme, âgée de 22 ans, était accouchée depuis trois ou quatre jours, quand elle fut prise de douleurs du bas-ventre. Je diagnostiquai une métrite, et je prescrivis : sangsues, cataplasmes, onguent napolitain. Le troisième jour après le début des accidents, il survint de la tympanite, avec vomissements et tout le cortége des symptômes qui annoncent une péritonite grave. La dyspnée était très-grande et causée en partie par la gêne mécanique qui résultait de la distension du ventre.

Je fis une ponction avec le petit trocart explorateur de nos trousses; immédiatement, du gaz s'échappa en produisant un petit sifflement. Au bout d'une minute, cet écoulement de gaz s'arrêtait, et une goutte de liquide stercoral arrivait à l'extrémité du trocart. L'instrument fut retiré.

Le ventre s'était considérablement affaissé, et la malade se trouvait très-soulagée.

Le lendemain, je trouvai que le ballonnement était encore considérable à la partie inférieure du ventre. Je fis une nouvelle ponction, qui produisit, comme la première, un écoulement de gaz. Comme la première fois, le ventre s'affaissait immédiatement, et le soulagement de la malade était très-marqué.

Cette malade était dans un état désespéré quand je fis la ponction; aujourd'hui, je pense qu'elle guérira. La ponction a soulagé cette malade; elle a empêché la gêne mécanique de la respiration par l'accumulation de gaz dans l'intestin; elle a rendu, en un mot, la guérison possible là où la mort était imminente.

Sans accorder à ce succès plus d'importance qu'il n'en mérite, il est propre à m'encourager à recourir au même moyen dans des cas analogues.

M. TRÉLAT. Il y a quelques années déjà, j'ai pratiqué deux fois la ponction de l'intestin dans des cas de péritonite, analogues à celui qui nous est signalé par M. Depaul. Dans mes deux observations, j'ai observé un soulagement immédiat avec disparition momentanée de la dyspnée; néanmoins, les deux malades succombè-

rent aux progrès ultérieurs de la péritonite. — La ponction de l'intestin, faite dans ces circonstances, soulage les malades, comme je l'ai observé; elle rend même la guérison possible, comme dans l'observation de M. Depaul; elle me paraît, d'ailleurs, exempte de tout danger quand elle est faite avec un trocart fin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : Tarnier.

SÉANCE DU 10 MAI 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux ;*

— La *Gazette hebdomadaire ;*

— L'*Union médicale*.

— Une lettre de M. de Saint-Germain qui, retenu à l'hôpital d'Ivry, s'excuse de ne pas pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION

M. Giraldès. Messieurs, dans la dernière séance, à propos de la mort rapide de certains malades, M. Depaul a soutenu que cette mort pouvait être expliquée par l'apparition brusque d'un emphysème interlobulaire, développé à la suite d'un effort ou de la chloroformisation. — Je partage complétement cette dernière manière de voir; et déjà, en 1848, j'ai communiqué à la Société une note sur la mort subite par rupture des vésicules pulmonaires à la suite des inhalations de chloroforme. Je crois utile de rappeler sommairement les faits sur lesquels je m'appuyais : un blessé, que j'opérai à

l'hôpital de cliniques, mourut rapidement après avoir été chloroformisé. Il en fut de même pour un autre malade de la Pitié, où je remplaçais momentanément Auguste Bérard.

A la même époque, le professeur Roux observa un accident semblable chez un tétanique qu'il avait chloroformisé.

Tous les malades se réveillèrent bien du sommeil anesthésique, puis ils succombèrent quelques heures plus tard. Chez tous on trouva, à l'autopsie, des bulles d'air mélangées en grande abondance au sang contenu dans le cœur, dans les veines caves et jusque dans les veines fémorales. La veine cave inférieure, en particulier, était distendue, aussi grosse que l'intestin grêle, remplie de sang spumeux. Enfin, chez tous on constata l'existence d'un emphysème avec rupture d'un assez grand nombre de vésicules pulmonaires.

M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, M. Trélat nous a communiqué l'observation d'un malade atteint de hernie étranglée, chez lequel la mort survint rapidement, précédée toutefois par une grande algidité. L'autopsie faite, M. Trélat crut devoir expliquer la mort par une péritonite qui avait vraisemblablement débuté avec l'étranglement. Plusieurs de nos collègues pensèrent que la péritonite ne produisait pas une mort aussi rapide, et que celle-ci devait être rapportée à l'étranglement.

Pour moi, j'ai observé bon nombre de faits du genre de celui qui a été rapporté par M. Trélat, et je suis convaincu que souvent la mort doit être attribuée en grande partie à l'alcoolisme ou à quelque lésion viscérale préexistante.

Un de mes élèves, M. le docteur Charles Péronné, a publié dans sa thèse plusieurs faits de ce genre ; j'en citerai quelques-uns.

Un homme de cinquante ans environ, en levant un fardeau, sentit sortir une hernie. Le lendemain de cet accident, il entrait dans mon service ; je fis le taxis, qui amena une réduction incomplète de la tumeur herniaire, mais comme je craignais la persistance de l'étranglement, je pratiquai la kelotomie. L'intestin avait été réduit entièrement et la tumeur ne contenait plus que de l'épiploon. Le malade se sentait très-soulagé, mais à quatre heures du soir il fut pris de *delirium tremens* et il mourut dans la nuit. La survie avait donc été chez lui à peu près de la même durée que chez le malade de M. Trélat.

A l'autopsie, je trouvai une perforation intestinale qui devait avoir été imminente pendant la vie, mais qui s'était probablement complétée après la mort, peut-être même au moment de l'autopsie. Le

péritoine était partout poisseux, mais il existait une péritonite peri-hépatique très-accusée qui avait certainement débuté avant l'étranglement herniaire. Les deux poumons étaient fortement congestionnés. J'ai rapproché ce fait de beaucoup d'autres et je pense que l'alcoolisme expose aux inflammations diffuses.

Voici une autre observation inédite de mort avec algidité : il s'agit d'une femme de 75 ans, d'une très-robuste constitution; elle portait une hernie crurale maintenue par un mauvais bandage. Cette malade fut prise d'accidents d'étranglement, qu'un médecin de la ville essaya d'arrêter en pratiquant le taxis; ces tentatives ayant été infructueuses, la malade fut apportée à l'hôpital, quatre ou cinq jours après le début des accidents. Le lendemain matin, je la trouvai dans un état grave, les extrémités étaient froides, cyanosées; le pouls était petit. Je pratiquai l'opération qui fut des plus simples, ainsi que la réduction de l'intestin.

La journée se passe bien mal, la respiration s'embarrasse pendant la nuit et la mort survient à deux heures du matin.

A l'autopsie, je trouvai une congestion des deux poumons; une cirrhose très-avancéee. Les deux reins étaient volumineux. Du côté de la hernie, il n'y avait ni péritonite, ni perforation intestinale.

Ce matin, il mourait dans mon service un homme atteint de hernie étranglée depuis deux jours et demi. La mort survint avant que j'eusse eu le temps de faire l'opération. Le malade exerçait la profession de charretier, et je suis convaincu qu'il était atteint d'alcoolisme et que cette complication a joué un grand rôle dans la rapidité de sa mort.

Un autre fait : La semaine dernière, entre un homme de 60 ans, grand, en état de stupeur. Je vois une hernie grosse comme une tête d'enfant avec ballonnement du ventre. Tout rentre facilement pour ressortir ensuite; il n'y avait pas étranglement. Le malade avait eu quelques vomissements avec frissons au commencement de la semaine. — Douleurs à la région rénale; — dépôt albumineux dans l'urine; cylindres au microscope. Je diagnostique une néphrite double.

Le malade mourut : maladie de Bright. De plus, l'intestin était malade. L'intestin renfermé dans le sac était livide, congestionné, hypertrophié, sans étranglement. Pourquoi cette hernie s'était-elle terminée par la mort avec *algidité marquée,* car elle existait? A mon avis, l'algidité appartenait à la lésion intestinale ; pas une partie de la responsabilité ne pèse sur les reins.

M. TRÉLAT. En soutenant qu'une mort rapide, comme celle que j'avais observée chez mon malade, pouvait s'expliquer par la péritonite, j'étais persuadé que des faits analogues devaient avoir été publiés en assez grand nombre. J'ai donc fait quelques recherches bibliographiques, et, bien qu'elles soient très-insuffisantes, elles m'ont appris qu'il existe, en effet, de nombreuses observations de péritonites terminées par une mort rapide. Ces faits sont épars çà et là, disséminés sous des noms divers, parce que la péritonite rapidement mortelle est d'origine variable; souvent aussi, il y a eu erreur de diagnostic, parce que la péritonite est rarement une maladie d'emblée, et que la maladie primitive absorbe l'attention des chirurgiens. Quand la péritonite suit sa marche régulière, elle est facile à reconnaître; mais il n'en est plus de même quand elle est excessivement rapide : j'en excepte les peritonites puerpérales, dont les caractères sont habituellement très-bien accusés.

Dans une thèse qui a pour titre : *Des pseudo-étranglements qui peuvent être rapportés à la paralysie de l'intestin,* le docteur Henrot rapporte un assez grand nombre d'observations dans lesquelles la péritonite a été méconnue; l'auteur y décrit les accidents péritonitiques qui peuvent compliquer des maladies très-diverses, telles que les calculs biliaires, les calculs rénaux, la perforation intestinale, etc.; il y joint aussi quelques cas de péritonite spontanée. Dans un grand nombre de ces faits, le diagnostic a été incertain, et les chirurgiens ont souvent cru à un étranglement herniaire qui n'existait pas, et quelquefois cette erreur les a conduits à entreprendre l'opération de la hernie étranglée chez des malades qui n'en étaient pas atteints. C'est ainsi qu'un malade, admis à la Pitié dans le service de M. Marotte, avec quelques symptômes d'étranglement herniaire, fut opéré par M. Gosselin, qui ne put trouver de hernie; celle-ci n'existait pas, ainsi que le démontra l'autopsie.

Dans une autre thèse qui a pour titre : *De la mort subite,* par J. J. Bouin, 1861, nº 120, l'auteur, malgré environ quarante cas de mort rapide ou subite, en conclut que les causes de cette espèce de mort sont variables, qu'elle est peut-être exceptionnellement due à la péritonite, que dans un quart des cas elle est produite par une congestion pulmonaire. Les maladies cérébrales n'y figurent, au contraire, qu'en assez petit nombre, et leur fréquence, si je m'en rapporte à ce travail, serait moins grande qu'on se l'imagine. Ce que je puis assurer, c'est que mon malade ne présentait ni congestion pulmonaire, ni emphysème pulmonaire.

M. Duplay, en m'entendant expliquer la mort de mon malade par la péritonite, m'a reproché de n'avoir pas tenu un assez grand compte du pincement de l'intestin. Sa critique serait vraie, très-vraie, je le reconnais, si elle s'appliquait à la généralité des hernies étranglées, mais je répète encore que la mort due à l'étranglement est lente. J'en ai trouvé une nouvelle preuve dans plusieurs des faits rapportés dans la thèse du docteur Henrot.

Un jeune chirurgien, le docteur Nicaise, dans une excellente thèse, digne de l'attention de tous les chirurgiens, a étudié les désordres anatomiques de l'intestin étranglé ; il démontre que les tuniques muqueuse, celluleuse, musculaire, et enfin péritonéale, y sont successivement altérées, et que ces altérations, même après un pincement médiocrement serré, empêchent le rétablissement des fonctions physiologiques de l'intestin, qui reste paralysé; mais quand il y a paralysie intestinale, la mort est lente.

Ce qu'il y a d'important dans l'observation que j'ai communiquée, c'est que le malade avait une péritonite qui devait être fatalement mortelle en plus ou moins de temps, et que la mort a été précédée par une très-grande algidité; aussi Malgaigne professait-il qu'il ne faut pas opérer les malades atteints de hernie étranglée quand ils présentent cette algidité. Ce précepte est, je crois, trop absolu; ainsi j'ai opéré autrefois, dans le service même de Malgaigne et sous ses yeux, un malade atteint de hernie étranglée avec algidité; mais je dois dire que le pronostic du maître se vérifia, et que le malade mourut.

M. VERNEUIL. Le précepte donné par Malgaigne était certainement trop absolu, et je pourrais communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'un malade atteint de hernie étranglée avec algidité, que j'opérai avec un succès complet.

J'ajouterai que la congestion pulmonaire n'entraîne pas toujours une terminaison subite, qu'elle dure quelquefois vingt-quatre heures, même quand elle doit être mortelle.

M. DEPAUL, après avoir donné des nouvelles de la malade à laquelle il a pratiqué la ponction de l'intestin, et annoncé que cette femme est aujourd'hui guérie, qu'elle se lève et qu'elle mange deux portions, fait ses réserves sur plusieurs points scientifiques de la discussion actuellement pendante devant la Société : sur la mort rapide par péritonite, sans aucune complication; sur l'absence du pus dans les péritonites rapides, et sa formation dans les péritonites de plus longue durée ; sur l'ébranlement nerveux et le refroidissement qui accompagnent les affections intestinales ;

sur le danger qu'il y a à chloroformiser les malades atteints de péritonite.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TARNIER.

SÉANCE DU 17 MAI 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
Une lettre de M. de Saint-Germain qul demande un congé.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. J'ai pu faire l'autopsie dn malade dont j'ai annoncé la mort dans la dernière séance. Cet homme, on se le rappelle, était atteint de hernie étranglée. Il présentait une algidité effroyable, et sa mort fut des plus rapides. Elle survint avant toute opération. A l'autopsie, je trouvai une hernie entéro-épiploïque médiocrement serrée. L'intestin était vasculaire autour du point hernié. Le péritoine était moins brillant qu'à l'état normal, mais il n'était ni dépoli ni poisseux ; aucune exsudation n'avait eu lieu. En somme, cette homme n'avait pas eu de péritonite.

Il existait une congestion considérable des deux poumons avec apoplexie dans les bords postérieurs de ces organes. L'un des lobes supérieurs présentait aussi un noyau apoplectique. Les bords antérieurs étaient à peu près sains.

Les autres viscères n'offraient aucune altération.

M. DEPAUL. Dans le fait qui nous a été communiqué par M. Trélat, et qui a servi de point de départ à cette discussion, il s'agissait d'un homme atteint de hernie étranglée qui mourut quelques heures après avoir été chloroformisé. A l'autopsie, on trouva une péritonite et une lésion pulmonaire.

M. Trélat explique cette mort simple par la péritonite. Je soutiens au contraire que la lésion pulmonaire avait dû jouer un rôle prépondérant. A l'appui de ma manière de voir, je puis citer deux autres exemples de mort rapide par congestion pulmonaire chez deux femmes en couches qui moururent dans mon service l'année dernière.

L'une d'elles fut apportée à l'hôpital dans un coma profond, accompagné de dyspnée considérable. Je pensai que ces accidents étaient consécutifs à une attaque d'éclampsie; mais une enquête ultérieure m'apprit qu'il n'y avait pas eu d'éclampsie. L'autopsie fit reconnaître une congestion pulmonaire considérable.

Une autre femme atteinte d'une déviation considérable de la colonne vertébrale fut prise de dyspnée; je la fis saigner, mais elle mourut néanmoins avec tous les signes d'une violente congestion pulmonaire, qui fut d'ailleurs constatée à l'autopsie.

Cette observation ne constitue pas une exception rare, car toutes les femmes dont la colonne vertébrale est considérablement déformée sont exposées à des accidents semblables, quand elles deviennent enceintes. On le comprend facilement, car chez elles le thorax est étroit, déformé, et, quand le diaphragme est refoulé par le développement de l'utérus, la dyspnée éclate.

Le chloroforme congestionne le cerveau et les poumons, et cette congestion est si évidente que je redoute de donner du chloroforme aux femmes atteintes d'éclampsie.

Pour en revenir au malade de M. Trélat, je suis convaincu que le chloroforme a accéléré la terminaison en produisant de l'emphysème chez un homme dont la vie était déjà compromise par la péritonite; mais j'accorderai volontiers à mon contradicteur que, sans la péritonite, le chloroforme aurait peut-être été supporté sans inconvénient.

M. DUPLAY. M. Verneuil vient de nous citer un cas de mort par étranglement herniaire. L'algidité de son malade avait été extrême, et à l'autopsie on ne trouva aucune trace de péritonite. J'ai vu quelques faits semblables que je puis citer succinctement.

Une femme avait depuis trois jours une hernie crurale étranglée; elle mourut rapidement. A l'autopsie, je ne trouvai pas de pé-

ritonite, et je dus expliquer la mort par l'étranglement lui-même, par épuisement nerveux.

Une autre fois, j'opérais dans le service de M. Cusco une femme atteinte de hernie étranglée. Cette malade me paraissait être dans de bonnes conditions pour la guérison, mais elle s'affaissa rapidement et mourut. A l'autopsie, on ne trouva pas de péritonite.

Le choléra herniaire, bien décrit par Malgaigne, amène aussi quelquefois une mort rapide. Les selles deviennent abondantes, incoercibles. Le pouls est petit; les malades se refroidissent et sont cyanosés; les urines sont supprimées.

J'ai vu plusieurs cas de choléra herniaire emporter les malades après la kélotomie. Il y a deux ans, pendant que je remplaçais M. Broca, j'ai précisément observé l'un de ces faits, et, à l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite.

Dans l'observation rapportée par M. Trélat, il n'y a pas eu mort subite, mais mort rapide. Je ne veux pas nier l'importance de la péritonite que présentait ce malade, mais je persiste à croire que la rapidité de la mort s'explique mieux par l'étranglement même que par la péritonite. On a cité dans cette discussion de nombreux faits qui confirment mon opinion.

M. TRÉLAT se félicite d'avoir soulevé une discussion qui a donné à plusieurs de ses collègues l'occasion de rapporter des faits très-instructifs.

M. Trélat précise de nouveau les points principaux de l'observation de son malade, qu'on peut résumer ainsi : étranglement herniaire, chloroformisation; mort après quelques heures. A l'autopsie, on trouva une péritonite bien accentuée et de l'emphysème pulmonaire avec congestion.

Pour expliquer une mort aussi rapide, les avis ont été partagés. M. Trélat faisait jouer le plus grand rôle à la péritonite. Il a trouvé un contradicteur, M. Depaul, qui croit au contraire que les accidents pulmonaires ont été la cause principale de la mort, et M. Giraldès a partagé cet avis. M. Duplay a soutenu que l'étranglement pouvait à lui seul expliquer une terminaison aussi rapide. Enfin, M. Verneuil, en montrant plusieurs faits importants, a hésité à dire quelle était pour lui la cause principale de la mort.

Au milieu d'opinions aussi divergentes, personne ne méconnaît l'importance de la péritonite, et M. Trélat termine en faisant remarquer que les lésions multiples présentées par son malade ont peut-être contribué toutes à produire une mort rapide qu'il serait difficile d'expliquer par l'une d'elles seulement.

M. DESPRÉS. J'ai vu quelques faits de mort rapide par étranglement herniaire; l'un d'eux observé en 1860, dans le service de M. Nélaton, a même été publié. Je pense que l'explication la plus plausible de la rapidité de la mort dans ces cas a été donnée par Bretonneau (de Tours) : quand il y a étranglement herniaire, les tuniques intestinales laissent transsuder le liquide stercoral qui s'introduit dans le péritoine où il est promptement absorbé, et la mort est aussi rapide qu'après une perforation intestinale.

Je crois me rappeler qu'un fait de ce genre, recueilli dans le service de M. Trélat, a été publié dans le *Bulletin de la Société anatomique.*

Dans la péritonite, on meurt, non-seulement par le fait de l'inflammation, mais par celui de l'absorption des liquides épanchés; aussi les péritonites sont plus rapidement mortelles chez les jeunes gens que chez les vieillards, parce que chez ces derniers l'absorption péritonéale est moins active.

Il me paraît possible et même probable que, pour le malade dont l'histoire nous a été racontée par M. Trélat, il y ait eu transsudation des liquides stercoraux dans le péritoine, absorption rapide de ces liquides et mort rapide à la suite de cette intoxication.

M. GUÉRIN. Je crois comme MM. Depaul et Giraldès que le chloroforme doit être accusé en grande partie de la mort du malade de M. Trélat.

Au début d'un étranglement herniaire, on peut sans aucun doute administrer du chloroforme pour rendre le taxis plus facile; mais après un jour ou deux il y a de l'algidité, de la cyanose, la vie semble prête à s'éteindre, et dans ces conditions je repousse l'emploi du chloroforme, d'une part, parce que les phénomènes généraux que je viens de signaler le contre-indiquent, et d'autre part, parce que l'opération de la kélotomie est peu douloureuse.

L'étranglement herniaire, la péritonite produisent dans l'organisme des troubles considérables qui menacent directement la vie: le pouls devient faible, la langue est froide, on observe de l'algidité et de la cyanose; il s'y joint même quelquefois de l'anesthésie à un certain degré comme dans la dernière période du croup. Tous ces symptômes indiquent un abaissement de vitalité qui doit faire proscrire le chloroforme.

La même proscription doit être observée dans tous les grands troubles de la circulation et de la respiration, et je n'admettrai jamais le chloroforme après une hémorrhagie abondante, après un grand traumatisme avec affaiblissement de forces du malade, de

même que je ne l'administre jamais à un malade atteint d'étranglement herniaire avec algidité et cyanose.

M. VERNEUIL. La discussion actuelle, en prenant une direction nouvelle, n'en devient que plus intéressante. C'est avec raison que M. Desprès a appelé notre attention sur l'intoxication par absorption des liquides épanchés dans le péritoine ; j'ai vu quelques faits qu'on peut citer à l'appui de cette manière de voir : une femme tombe, l'intestin se déchire et la mort survient en cinq ou six heures. Une autre fois, après une ponction dans un kyste de l'ovaire, la poche s'enflamme et fournit une suppuration fétide, et la malade meurt rapidement.

Je pense comme M. Desprès que l'absorption des liquides joue un rôle important et qu'elle peut produire une mort rapide.

Je crois avec M. Guérin que l'emploi du chloroforme est formellement contre-indiqué toutes les fois que la vie est menacée par des troubles généraux ; mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et craindre de l'employer au début, alors qu'il peut assurer le succès du taxis, et je n'hésite pas à déclarer que j'aurais employé le chloroforme pour le malade de M. Trélat, ainsi que l'a fait notre collègue.

M. GIRALDÈS. Malgré une discussion longue et approfondie, nous devons avouer que la cause réelle de la mort rapide du malade de M. Trélat n'est pas rigoureusement démontrée, et qu'il est difficile de dire quelle part il faut accorder à l'étranglement Intestinale, à la péritonite, à la congestion et à l'emphysème pulmonaire.

M. DEPAUL. J'admets avec M. Giraldès qu'il reste quelque incertitude sur la cause de la mort du malade de M. Trélat, mais il me paraît démontré que le chloroforme a eu une influence fâcheuse en produisant de la congestion pulmonaire et de l'emphysème interlobulaire.

Cette remarque est à mon avis importante, parce qu'elle doit engager les chirurgiens à être très-prudents dans l'emploi du chloroforme, toutes les fois que les symptômes généraux graves indiquent que la vie est prochainement menacée.

M. MARJOLIN. L'explication du mécanisme de la mort est souvent difficile ; mon père citait toujours dans ses cours l'observation d'un garçon de bain qui s'était préparé un bain trop chaud, dans lequel il mourut sans lésions anatomiques appréciables. Il en est un peu de même dans un érysipèle étendu qui entraîne la mort sans laisser de lésions profondes sur le cadavre.

Une péritonite généralisée, comme l'érysipèle, peut produire rapidement la mort sans laisser après elle des altérations anatomiques avancées.

M. TRÉLAT. Le fait dont M. Després a gardé le souvenir, et qui a été publié dans le *Bulletin de la Société anatomique*, après avoir été recueilli dans mon service, n'est pas semblable à ceux qui sont aujourd'hui en discussion. Je me crois obligé de le rectifier : un conducteur d'omnibus reçoit sur le creux épigastrique une tape ; il monte sur le marche-pied de sa voiture et continue sa route ; quelques minutes après ce léger accident, il éprouve une douleur très-vive et il est obligé de se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis où il mourut en sept ou huit heures. A l'autopsie, je trouve une très-petite perforation de l'estomac.

On trouve dans la science plusieurs faits analogues ; ils sont tous très-étonnants et très-curieux, parce que pour tous on est très-embarrassé pour donner une explication satisfaisante de la perforation de l'intestin.

Je crois avec MM. Guérin et Verneuil qu'il ne faut pas administrer le chloroforme à un malade menacé par des phénomènes généraux graves et présentant de l'algidité ou de l'anesthésie ; mais quand la hernie est récente, non-seulement on peut donner du chloroforme, mais je crois qu'il faut y soumettre les malades pour rendre le taxis plus utile et augmenter les chances de réussite.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : TARNIER.

SÉANCE DU 31 MAI 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

La Société de chirurgie n'a pas tenu de séance le 24 mai 1871, à cause du combat engagé dans les rues de Paris entre l'armée et les partisans de la commune.

Le procès-verbal de la précédente séance (17 mai 1871) est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— L'*Union médicale ;*

— La *Gazette hebdomadaire.*

— M. Verneuil offre à la Société la collection des communications faites par lui à l'Académie de médecine sur *la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques.*

M. le président remercie M. Verneuil au nom de la Société.

M. DOLBEAU, *président.* Messieurs, j'ai la douleur de vous faire part de la mort de notre collègue M. Liégeois, qui a été frappé d'apoplexie foudroyante. Un événement aussi cruel et aussi inattendu a surpris tout le monde, aussi n'en avons-nous été prévenus que bien tardivement. Néanmoins, la plupart des membres de la Société de chirurgie et des chirurgiens des hôpitaux ont pu accompagner le convoi de notre regretté collègue jusqu'à sa tombe, sur laquelle M. Trélat, notre secrétaire général, a improvisé, au nom de la Société de chirurgie, un discours dans lequel il a su habilement tracer les traits principaux de la vie de Liégeois, ses labeurs, les travaux qu'il avait menés à bonne fin, ceux même qu'il laissait inachevés. M. Trélat a pu dire avec équité que la mort de Liégeois était un deuil pour tous ses amis, et une perte pour la science qu'il servait de toutes ses forces et avec un zèle que nous admirions tous.

Je propose qu'en signe de deuil la séance soit immédiatement levée.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 7 JUIN 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— La *Gazette des hôpitaux.*
— L'*Union médicale.*
— La *Gazette hebdomadaire.*
— Le *Marseille médical* (nos du 20 mars, du 20 avril et du 20 mai).
— Une lettre de M. Houel, qui demande un congé.
— Des lettres de MM. Depaul et de Saint-Germain, qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. TARNIER. Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un enfant né le 17 mai 1871. Au moment de sa naissance, on s'aperçut qu'il portait à la partie inférieure de la région lombaire un spina bifida. La tumeur était grosse comme la moitié d'une mandarine; à sa base, elle était recouverte par un bourrelet de peau qui se prolongeait sur elle, comme la peau d'une nouveau-né se prolonge sur le cordon ombilical; à son sommet se trouvait une plaque de la largeur d'une pièce de 1 franc; elle était opaque, blanchâtre, humide. Entre la base, qui était recouverte de peau, comme je l'ai dit, et la plaque blanchâtre, qui occupait le sommet, se trouvait une zone intermédiaire où l'enveloppe de la tumeur était parfaitement transparente, et laissait voir profondément des cordons blancs qui ressemblaient aux cordons de la moelle épinière.

Je pensai que cet enfant était voué à une mort certaine, comme tous ceux que j'ai vus jusqu'ici atteints de la même maladie. La tumeur fut recouverte par une calotte de caoutchouc, pour la protéger contre tout frottement et toute compression; quelques jours plus tard, je fis appliquer un pansement simple, composé de linge cératé et de charpie.

Aujourd'hui, l'état de cet enfant s'est notablement amélioré : un travail inflammatoire s'est emparé de la plaque blanchâtre qui occupait le sommet de la tumeur, et du tissu cutané s'y est organisé. La membrane transparente s'est épaissie, des îlots de peau s'y sont formés et se sont soudés avec la peau de la base et du sommet de la tumeur. Çà et là, on voit encore quelques points où la tumeur est restée transparente; mais ces points sont parcourus par des vaisseaux sanguins. Il y a, en un mot, un travail qui tend à transformer toute l'enveloppe de la tumeur en tissu cutané. C'est un effort spontané vers la guérison. J'ignore quelle sera la marche ultérieure du spina bifida; malheureusement, on doit avoir des craintes sur l'issue définitive de la maladie, parce que l'enfant présente une certaine faiblesse dans les mouvements des membres inférieurs, dont la forme est cependant irréprochable. De plus, la tête est mal conformée; elle est aplatie, allongée; les sutures sont très-larges; le périoste épicrânien a été soulevé en deux points par du liquide qui disparaît par la compression. Le spina bifida est donc compliqué par l'hydrocéphalie.

Je n'ai pratiqué aucune opération et mon intention est de conserver le rôle de simple observateur. — La science possède un assez grand nombre de faits de guérison de spina bifida; néanmoins, ces guérisons sont rares, et je vous présente ce petit malade parce que c'est le seul chez lequel j'ai observé une tendance vers une heureuse terminaison.

M. MARJOLIN. Souvent les enfants, atteints du spina bifida, vivent plusieurs mois, puis la tumeur s'enflamme, se vide, et les enfants succombent presque toujours. La guérison est exceptionnelle.

Dans des cas semblables, un chirurgien de l'Illinois, M. Bremeard, de Chicago, a préconisé la ponction de la tumeur, au moyen de laquelle il aurait obtenu plusieurs cas de guérison. Mais je dois prévenir M. Tarnier, s'il était tenté de suivre cet exemple, que la ponction a été essayée plusieurs fois par M. Giraldès, et que toujours elle a été infructueuse entre ses mains. Parmi nous, notre ancien collègue Debout est le seul, je crois, qui ait obtenu un cas de guérison par la ponction.

M. GIRALDÈS. L'enfant qui nous est présenté par M. Tarnier est atteint de spina bifida et d'hydrocéphalie; cette dernière complication fait mal augurer de l'avenir, car, si le spina bifida diminue, l'hydrocéphalie augmentera; j'ai, du moins, toujours observé ce balancement. — Ce n'est pas à dire que le spina bifida soit incu-

rable, puisque tout le monde sait que des enfants qui en ont été atteints ont pu arriver à l'âge adulte. Plusieurs d'entre vous ont connu, à l'hôpital Cochin, un infirmier qu'on peut citer comme un exemple de ce genre. J'ai souvent vu, dans mon service à l'hôpital des enfants malades, des enfants de quatre à cinq ans qui étaient nés avec un spina bifida. — Quand la guérison s'opère, la peau qui enveloppe la tumeur s'épaissit, se double de tissu cellulo-graisseux, et la poche kystique diminue.

Quant à la ponction, elle peut être utile quand la tumeur est formée uniquement par les enveloppes de la moelle épinière sans qu'il y ait hernie de la moelle ou des branches nerveuses; dans le cas contraire, la ponction est dangereuse et peut être suivie de paralysie ou de tétanos. — Il faut savoir, en outre, que le spina bifida guérit d'autant plus facilement qu'il siége sur un point plus élevé de la colonne vertébrale. — D'autre part, la forme de la tumeur doit faire varier le pronostic, qui est plus grave quand la tumeur offre une large base, moins grave si la tumeur s'allonge en forme de doigt de gant ou si elle s'implante par un pédicule étroit.

La guérison du spina bifida peut se faire pendant la vie intra-utérine, et les enfants naissent avec les traces de la maladie; d'autres fois, la guérison se fait spontanément après la naissance; enfin, quelques enfants ont guéri après avoir été opérés; mais quand on contrôle sévèrement les observations, quand on précise les cas particuliers en tenant compte du siége et de la forme de la tumeur, on arrive presque toujours à douter de l'utilité réelle des procédés opératoires auxquels on attribue quelques succès.

M. DESPRÉS. M. Dubourg (de Marmande) a publié deux cas de guérison de spina bifida opérés par excision et suture, mais il s'agissait de spina bifida de la région dorsale.

J'ai vu, avec M. Manec, un jeune homme de 22 ans qui avait un spina bifida de la région dorsale; la tumeur était complétement recouverte par la peau; elle communiquait encore avec le canal rachidien.

Je me rappelle enfin avoir vu, avec M. Dolbeau, un petit enfant qui présentait à la région sacrée une cicatrice qui semblait provenir d'un spina bifida guéri pendant la vie intra-utérine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. VERNEUIL. Vous savez, messieurs, par plusieurs communications que je vous ai faites, que je cherche depuis quelque temps

s'il ne conviendrait pas de modifier le manuel opératoire des amputations en faisant la ligature préalable des artères ou en liant ces vaisseaux à mesure qu'on les découvre. La modification consisterait à ne faire la section des grosses artères qu'après avoir fait leur ligature. L'un des avantages de cette modification opératoire serait de débarrasser le chirurgien du souci de faire faire la compression de l'artère pendant qu'il opère et de soustraire les malades aux dangers qui peuvent résulter de cette compression, qui porte aussi bien sur les veines que sur les artères, car il peut en résulter une phlébite mortelle.

La pièce anatomique que je présente aujourd'hui est, je crois, un fait confirmatif de phlébite inguinale consécutive à la compression faite au pli de l'aine, pendant l'amputation du membre inférieur.

Une femme âgée de plus de 50 ans, adonnée probablement à l'alcoolisme, eut le bas de la jambe broyé par un éclat d'obus; elle entra dans mon service le 23 mai, et le lendemain je pratiquai l'amputation de la jambe au lieu d'élection en suivant le manuel opératoire ordinaire. La compression de l'artère fut faite au pli de l'aine par l'un de nos internes.

La malade alla bien pendant plusieurs jours, mais elle fut prise tardivement de frissons et elle succomba avec des abcès métastatiques.

Immédiatement au-dessus de l'amputation, la veine contient des caillots noirâtres, ramollis, de date ancienne, altérés à un haut degré; mais cette altération n'occupe la veine que dans la zone voisine du point amputé, là où la veine baignait pour ainsi dire dans le pus.

Dans une deuxième zone étendue du creux poplité au triangle de Scarpa, sur une très-grande longueur par conséquent, la veine paraît saine, ses parois ne sont pas indurées, elle doit contenir des caillots de date récente sans aucune altération. Nous vérifierons tout à l'heure le fait en ouvrant le vaisseau.

Vient ensuite une troisième zone, celle du pli de l'aine, celle qui a été le siége de la compression. Or il est facile de voir qu'ici la veine est profondément altérée; ses parois étaient épaissies, indurées, et l'inflammation s'était propagée au tissu cellulaire périphérique. A l'intérieur, les caillots sont ramollis et le rein est rempli par une boue de couleur lie de vin qui contient évidemment du pus.

En poursuivant la dissection des veines plus naut, j'ai pu m'assurer qu'elles étaient saines.

Si je cherche à interpréter ce fait, il me semble qu'il prouve que

l'inflammation de la veine n'a pas pu se propager du point amputé jusqu'au pli de l'aine, puisqu'une zone intermédiaire, très-étendue, est restée saine.

L'inflammation de la veine fémorale au pli de l'aine s'expliquerait au contraire très-facilement, par le frottement opéré pendant la compression de l'artère de cette région au moment de l'amputation.

Après avoir donné ces explications, M. Verneuil fend la veine dans toute sa longueur; les lésions précédemment indiquées existent en effet et forment trois zones distinctes; mais au milieu de la zone intermédiaire, il existe un point dans lequel les caillots sont altérés et ramollis; aussi plusieurs membres de la Société pensent que la pièce anatomique présentée par M. Verneuil n'est pas complétement démonstrative.

M. MARJOLIN. La compression faite brutalement peut être fâcheuse et produire une phlébite; mais quand elle est bien faite, elle est moins dangereuse, je crois, que ne le pense M. Verneuil.

C'est à dessein, sans aucun doute, que notre collègue a dit que sa malade avait des habitudes d'alcoolisme, dont il redoute avec raison l'effet pour ses blessés; mais ici encore il ne faut rien exagérer. Dans certains pays, dans la Normandie, dans le département du Nord, les habitants boivent beaucoup d'eau-de-vie; l'alcoolisme y est fréquent, et cependant les opérations y réussissent merveilleusement entre les mains des chirurgiens du pays, qui n'ont souvent que des aides peu habiles. Le lieu d'habitation fait plus que l'habileté du chirurgien pour le succès d'une amputation; aussi les opérés meurent-ils en grand nombre dans les grandes villes, tandis qu'ils guérissent plus sûrement à la campagne.

M. DESPRÉS. Je partage l'avis de M. Verneuil et je crois, comme lui, que la compression faite pendant une amputation peut produire une phlébite grave. J'ai vu, à l'hôpital Saint-Antoine, un fait de ce genre chez une femme dont le moignon devint œdémateux, et présentait un cordon du au niveau de la veine. La phlébite, qui n'était pas douteuse, me parut avoir été produite par la compression.

Une autre fois, j'ai observé la même complication à l'hôpital de la Pitié.

Dans ces derniers temps, j'ai fait deux amputations : l'une à la cuisse, l'autre à la jambe, sans faire comprimer l'artère fémorale. Je liais les artères principales dès que je les avais coupées. Mes deux opérés n'ont pas eu de phlébite.

M. GIRALDÈS. La phlébite causée par la compression faite pendant

une amputation est exceptionnelle; pour qu'elle se produise dans ces circonstances, il faut que le malade soit enclin à une cause prédisposante, comme l'alcoolisme ou une débilitation extrême par mauvaise nourriture.

M. DEPAUL. Pour bien comprimer, il faut comprimer modérément; on sait depuis longtemps qu'une compression mal faite, trop violente, peut être dangereuse; mais il ne faut pas renoncer pour cela à la compression, qui rend de grands services, surtout chez les malades anémiques. Les faits de M. Verneuil nous serviront d'enseignement pour nous engager à veiller avec le plus grand soin à ce que la compression soit bien faite, sans aucune violence.

M. VERNEUIL. La difficulté est de bien comprimer; mes internes sont aussi habiles que ceux de mes collègues, et cependant je vois, sous leurs doigts, la compression produire une phlébite dont je trouve de nombreux cas, parce que je la recherche avec soin.

Je puis affirmer qu'une amputation sans compression préalable est facile; le procédé opératoire est des plus simples. J'ai fait, dans ces derniers temps, un assez grand nombre d'amputations sans compression de l'artère, et je puis dire par expérience que c'est là une simplification du manuel opératoire ordinaire. Il n'y a qu'une exception pour l'amputation de la jambe, dans laquelle les ligatures sont toujours difficiles par tous les procédés possibles. Le jour où je décrirai cette réforme opératoire, j'entrerai dans de plus amples détails, et on pourra les juger en connaissance de cause.

M. TRÉLAT. Je laisse de côté le procédé d'hémostase employé par M. Verneuil. Je puis dire en passant qu'il me paraît rationnel et qu'il mérite d'autant mieux d'être pris en considération, que la compression est souvent insuffisante, inefficace, pour une raison ou pour une autre, et qu'en l'employant, on n'est pas aussi sûr qu'on pourrait le croire d'atteindre le but qu'on se propose, celui d'empêcher l'hémorrhagie.

La compression peut produire une phlébite, mais celle-ci peut naître aussi sans compression. La pièce anatomique présentée par M. Verneuil n'est pas probante, elle n'entraîne pas ma conviction. La constatation est insuffisante, et je crois que nous n'avons pas encore les éléments suffisants pour poser des conclusions certaines.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 14 JUIN 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*.

— L'*Union médicale*.

— Le *Bulletin de thérapeutique*.

— Les deux derniers numéros du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— La *Gazette de Strasbourg*; numéros de mai et juin 1871.

— Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers* (année 1869).

— Une lettre de M. le professeur Dolbeau, qui, retenu à la Faculté de médecine par son cours, s'excuse de ne pas pouvoir assister aux séances de la Société.

— M. Legouest dépose, au nom de notre collègue le professeur Sédillot, un mémoire intitulé : *Du traitement des fractures des membres par armes à feu.*

La Société remercie

— M. Trélat dépose sur le bureau l'observation d'une malade qu'il a présentée à la Société de chirurgie le 10 août 1870. Cette malade était atteinte de nécrose phosphorée du maxillaire inférieur; elle portait un appareil prothétique approprié.

Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur.— Résection partielle.— Continuation de la nécrose.— Ablation de toute la partie restante de l'os. — Prothèse. — B... (Marguerite), âgée de 32 ans, metteuse en paquets, pendant quinze années, dans une fabrique d'allumettes chimiques.

Elle a commencé, dès l'âge de 14 ans, à travailler dans cette fabrique; son travail consistait à mettre en paquets des allumettes préparées avec de la colle chaude. Elle passait toute la journée dans la salle où se pratique la trempe des allumettes dans le mastic ; cette pièce, paraît-il, était bien aérée.

Au moment où elle a commencé sa profession, cette malade

avait toutes ses dents en bon état; pendant quinze années de ce travail, elle n'a jamais souffert des dents, mais elle en a vu plusieurs s'ébranler, puis tomber sans douleur; pareil phénomène se montrait chez ses compagnes, dont le plus petit nombre seulement avait des odontalgies. Aucun écoulement n'accompagna la chute des dents, jamais il n'y eut de salivation abondante ni anormale, et pendant ce temps l'état général est toujours resté satisfaisant.

A l'âge de 29 ans, cette femme s'est mariée, et dès lors elle a quitté sa profession. Aucune manifestation, sauf la chute des dents, ne s'était encore montrée. Un an après son mariage elle accouche; l'accouchement est long et pénible; l'enfant vient mort.

Vingt jours environ après, sans qu'il existât aucun accident puerpéral, il se manifesta un gonflement douloureux au niveau de la joue gauche. La douleur devenant très-aiguë et le gonflement ne faisant qu'augmenter, la malade entra dans le service de M. Broca, un mois après l'apparition de ces accidents. La joue était alors très-tuméfiée; elle dépassait, dit la malade, le volume du poing.

L'abcès ouvert donna issue à une grande quantité de pus. La suppuration fut longue et abondante; le pus s'écoulait à la fois à l'extérieur et dans la cavité buccale. De nouvelles dents s'ébranlèrent puis tombèrent, sans jamais provoquer aucune douleur.

Deux mois après son entrée à l'hôpital, pendant une absence de M. Broca, la malade, chloroformisée, subit une opération dont elle ignore la nature; elle sait seulement et indique avec le doigt qu'une longue incision, dont la cicatrice est évidente, a été faite dans la région sous-maxillaire gauche.

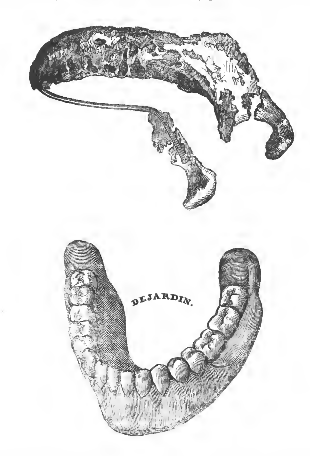
Un mois après cette opération, M. Broca fit l'ablation, par la cavité buccale, d'un séquestre comprenant une partie de la portion moyenne du maxillaire inférieur. L'ablation paraît avoir été faite seulement à l'aide d'une pince.

La malade quitte le service de M. Broca à la fin de mars 1869; le côté droit du maxillaire est en bon état; à gauche existent deux ou trois trajets fistuleux.

Au bout de quelque temps (la malade ne saurait préciser l'époque), la joue droite se tuméfie et devient douloureuse, quelques dents tombent, puis il se forme un abcès qui s'ouvre spontanément dans la cavité buccale.

Du mois de mars 1869 au mois de mars 1870, cette femme ne suit aucun traitement, et ne se décide à entrer à l'hôpital que le 30 mars 1870.

31 mars 1870. — La partie moyenne du maxillaire inférieur se montre alors dénudée; elle a une coloration grisâtre et se trouve baignée par une sécrétion abondante de liquides d'odeur repoussante. Cette portion est tellement mobile, qu'elle peut être extraite



avec les doigts. On voit aussitôt qu'elle comprend la moitié droite du maxillaire, moins le sommet de l'apophyse coronoïde et le condyle, une fracture s'étant produite à ce niveau dans les manœuvres d'extraction. Par un trajet étroit on arrive, avec le petit doigt, sur cette extrémité du maxillaire, et l'on constate sa fixité. A gauche,

on ne rencontre qu'une petite partie du maxillaire (une lame de la branche montante et le condyle); au point où le maxillaire fait défaut on trouve une production osseuse de nouvelle formation. A gauche, le séquestre, resté en place, est mobile, mais il est fort difficile à saisir.

La portion droite du maxillaire une fois enlevée, le doigt se promène sur une surface granuleuse qui revêt l'os nouveau; celui-ci a une configuration spéciale: la partie droite est disposée en gouttière, tandis que la partie gauche, très-étroite, est plus haute que large et forme un bord; cette dernière portion du maxillaire, de formation plus ancienne, a entraîné vers elle le reste du nouvel os. De cette disposition du nouveau maxillaire résulte une déformation particulière de la face, qui est entraînée du côté gauche, si bien que le menton n'occupe plus la ligne médiane.

Près de la branche droite de la mâchoire existe une cicatrice fortement déprimée, due à l'ouverture d'un abcès; une autre se rencontre sur le bord inférieur du même côté; sur le bord inférieur gauche se voit une cicatrice linéaire de 3 à 4 centimètres de longueur, trace de l'incision faite pour l'ouverture de l'abcès signalé plus haut. En arrière existaient deux trajets fistuleux, qui se sont fermés après l'ablation du séquestre.

A deux reprises différentes (14 avril, 3 mai), des tractions faites à l'aide de pinces à polypes ne permettent pas d'enlever les extrémités droite et gauche du maxillaire.

Des injections phéniquées, fréquemment répétées, ont fait disparaître l'odeur repoussante des liquides sécrétés. L'état général est très-satisfaisant.

A la troisième tentative (5 juin), l'extraction des deux extrémités du maxillaire put être faite; elle s'accompagna d'un écoulement de sang assez abondant. On dut, pour extraire le condyle gauche de sa loge, lui faire exécuter un mouvement de bascule, afin d'accommoder ses diamètres à celui du trajet qui permettait de l'aller saisir.

Depuis cette époque, chaque jour l'os nouveau prend une consistance plus grande, et le 25 juin il a acquis une épaisseur suffisante pour que l'on puisse songer à l'établissement d'un appareil prothétique, qui fut très-habilement construit par M. Déjardin. La salivation est aujourd'hui normale, l'odeur infecte de la bouche a complétement disparu, les fistules se ferment. L'état général est excellent.

Depuis 3 semaines, la malade porte une pièce artificielle rempla-

çant la partie alvéolaire de la mâchoire inférieure, et quelques dents qui font défaut à la mâchoire supérieure. Cet appareil modifie peu l'aspect extérieur de la face, le menton ayant été vigoureusement porté en arrière et à gauche par la rétraction de la portion osseuse la première formée, mais en revanche il permet à la malade de parler plus distinctement, et surtout de mâcher des aliments durs (pain, viande).

La malade quitta l'hôpital vers le 15 août 1870, dans le meilleur état.

Elle était alors enceinte de six mois environ, et rentra plus tard à la Pitié pendant le siége de Paris, pour faire ses couches. Elle succomba à une affection puerpérale.

Les services étaient alors fort incomplets; on ne songea pas à faire l'autopsie, ce qui est bien regrettable, car on n'a guère eu l'occasion d'étudier anatomiquement la régénération du maxillaire inférieur à la suite de la nécrose phosphorée.

En même temps que l'observation, M. Trélat montre la pièce, qui sera déposée au musée Dupuytren.

DISCUSSION SUR LA PHLÉBITE INGUINALE.

M. VERNEUIL. Je regrette que les objections soulevées par l'examen de la pièce anatomique que j'ai présentée dans la dernière séance n'aient pas été plus explicites, j'aurais pu les réfuter séance tenante.

Je reconnais que la veine fémorale contenait, au niveau du troisième adducteur, des caillots altérés, mais entre ce point et le pli de l'aine, la veine était saine et les caillots qui s'y étaient formés étaient de date récente. De plus, en disséquant la veine je pus aisément constater que le tissu cellulaire ambiant était sain au niveau du troisième adducteur, tandis qu'il était très-induré et infiltré au pli de l'aine; enfin, pendant la vie, le malade n'accusait de douleur qu'au pli de l'aine.

Ces faits me permettent de conclure que la phlébite était très-accusée au pli de l'aine, tandis qu'elle était douteuse ou nulle au-dessous du triangle de Scarpa. Malgré les doutes exprimés par quelques-uns de mes collègues, je suis convaincu que chez mon malade la phlébite du pli de l'aine a été causée par la compression faite sur l'artère et la veine au moment de l'amputation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Section des artères par des projectiles de guerre. — M. VERNEUIL. Je présente deux pièces anatomiques relatives à la section d'une grosse artère par projectiles de guerre. J'ai recueilli six observations du même genre; en voici le résumé très-abrégé:

1° Section de l'artère humérale chez un mobile, qui a guéri en huit jours.

2° Section de l'artère humérale; gangrène du membre; désarticulation de l'épaule.

3° Section de l'artère humérale au pli du coude; articulation du coude ouverte; amputation du bras.

4° Section de l'artère humérale au pli du coude; articulation intacte. Le membre est conservé. Le malade est encore en traitement.

5° Section de la tibiale antérieure par éclat d'obus. Je mets sous les yeux de mes collègues cette pièce anatomique; ils pourront remarquer qu'au bout supérieur les tuniqnes artérielles sont coupées au même niveau; le caillot obturateur a deux centimètres de long; il fait une légère saillie à l'extrémité de l'artère sans présenter de renflement en forme de tête de clou. La même disposition se remarque sur le bout inférieur, qui est occupé par un caillot de 15 millimètres de long.

6° Section de la jambe par éclat d'obus. Quand le malade fut apporté à l'hôpital on voyait les battements de l'artère poplitée qui paraissait bouchée par ce caillot. Ce malade fut amputé, et l'opération faite, j'ai pu disséquer l'artère poplitée que je montre ici. J'ai enlevé cette artère avec les artères articulaires; toutes les tuniques de ces vaisseaux, contrairement à ce qu'on a dit jusqu'ici, sont coupées au même niveau; néanmoins, l'hémorrhagie a été arrêtée par un caillot obturateur qui n'a pas moins de 5 centimètres de long. Comme dans le cas précédent, le caillot fait une légère saillie au bout de l'artère.

Dans tous les cas que je viens d'énumérer, il y a eu section d'une grosse artère sans hémorrhagie grave; chez tous ces malades, les tuniques artérielles étaient coupées au même niveau, et l'hémostase ne peut pas s'expliquer par un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans les plaies par arrachement, dans lesquelles toutes les tuniques artérielles se rompent à des hauteurs différentes.

M. DESPRÉS. J'ai observé deux cas analogues à ceux qui viennent d'être cités par M. Verneuil. J'ai vu, à l'ambulance de la rue du Bac, un jeune soldat qui reçut une balle qui coupa probablement l'artère humérale et une portion du nerf médian; les battements artériels avaient disparu au pli du coude, à la cubitale et à la radiale. On sentait battre l'humérale profonde dilatée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, ni primitive ni consécutive.

Pendant la guerre, j'ai vu d'autre part un cas de section de l'artère tibiale postérieure. Le malade n'eut pas d'hémorrhagie. Il mourut d'infection purulente.

M. LARREY. Tous les chirurgiens militaires savent que les plaies par projectiles de guerre peuvent être suivies d'hémorrhagies immédiates ou consécutives; mais d'autres fois l'hémorrhagie n'a pas lieu, et on a expliqué ce fait en disant que les artères étaient étirées ou tordues comme dans le procédé de torsion imaginé par Amussat.

Dans les faits recueillis par M. Verneuil, la section de l'artère paraît nette; mais il est probable que malgré cet aspect les artères ont subi un certain degré de contusion qui a favorisé la formation du caillot obturateur, le bouchon de J.-L. Petit.

M. VERNEUIL. On a cru pendant longtemps que les plaies par armes à feu n'étaient pas compliquées d'hémorrhagie; c'était là une erreur qui a été réfutée par les chirurgiens militaires et par M. Legouest en particulier; mais il n'en reste pas moins avéré que dans bon nombre de cas l'hémorrhagie ne se produit pas.

On a dit que les artères échappent à la section, grâce à leur souplesse et à la gaîne celluleuse qui les entoure; mais dans les faits que j'ai recueillis, les artères étaient réellement coupées, et j'avoue que je suis un peu embarrassé pour expliquer comment une grosse artère qui paraît nettement coupée en travers ne donne pas lieu à une hémorrhagie abondante.

Dans une plaie par arrachement, la tunique est tiraillée, elle s'effile; dans la torsion d'Amussat, c'est encore la tunique externe qui forme un chapiteau, une sorte de capuchon qui recouvre l'artère; d'autres fois la constriction musculaire retrécit l'extrémité de l'artère et le caillot obturateur va en diminuant de calibre à mesure qu'il se rapproche du bout de l'artère; c'est là une disposition particulière du caillot qu'on trouve assez souvent au bout inférieur de l'artère. Ici rien de pareil n'a eu lieu; l'artère est fermée par un caillot obturateur qui présente partout le même diamètre, sans bouchon extérieur en forme de tête de clou; néanmoins l'hémorrhagie n'a pas eu lieu et le mécanisme de l'hémostase reste douteux.

M. TRÉLAT. Rien ne prouve que les tuniques internes aient été coupées au même niveau que la tunique celluleuse, et il serait possible que la formation du caillot cylindrique eût été favorisée par le refoulement de la tunique interne, rebroussée à l'intérieur des tuniques externes.

PRÉSENTATION DE MALADES

Kyste de l'ovaire, compliqué d'ascite et d'un corps fibreux sous-péritonéal de l'utérus. — Ovariotomie avec excision du corps fibreux. — Guérison. — M. PANAS. Le fait que j'ai l'honneur de présenter à la Société tire sa principale signification de ce qu'il s'agit ici d'un succès d'ovariotomie, obtenu dans Paris et, qui plus est, à l'hôpital. Du reste, le cas était des plus graves, et en même temps que l'ovaire, on dut extirper un corps fibreux de l'utérus.

La malade qui fait le sujet de cette observation m'a été adressée par notre savant collègue M. Verneuil, qui a bien voulu m'assister pendant l'opération, ainsi que M. Boinet, dont nous connaissons tous l'expérience en pareille matière, et mon excellent collègue M. Alphonse Guérin.

Permettez-moi d'ajouter que la malade fut placée, non pas dans les salles, mais dans un petit chalet isolé, système prussien, dont l'administration a bien voulu doter l'hôpital Saint-Louis, ce qui prouve qu'au sein même de la capitale, on peut obtenir des résultats opératoires excellents, à la condition expresse de changer les dispositions actuellement existantes dans nos grandes salles d'hôpital. C'est même pour cette raison que M. Verneuil n'a pas osé opérer la malade dans son service de Lariboisière, et qu'il a bien voulu me la confier.

Avant d'entrer dans les détails opératoires, permettez-moi de rappeler succinctement l'historique de la maladie.

La patiente fait remonter le début de son mal en janvier 1869, mais elle ne s'est aperçue réellement de l'existence de sa tumeur qu'au mois de *mai* de la même année. Un médecin qu'elle consulta à cette époque la déclara enceinte. Les règles n'avaient pas cessé pourtant, mais elles étaient devenues irrégulières. Le mal est allé ensuite en augmentant jusqu'au 15 janvier 1870, époque à laquelle on fit une ponction au trocart, qui permit de retirer trois litres environ d'un liquide filant, couleur chocolat.

L'amélioration ne fut que temporaire, et au bout de quelques

jours la malade éprouva des douleurs abdominales vives, qui la forcèrent de garder le lit pendant cinq jours, et nécessitèrent l'application de sangsues et de frictions mercurielles sur le ventre. A partir de ce moment, la tumeur n'a fait que croître ; puis survient de l'amaigrissement ; les forces, les règles s'arrêtent tout à fait dès le mois de mai, puis des accès fébriles se sont montrés le soir, et la malade, réduite à la peau et les os, tomba dans le marasme. La malade, quoique mariée, n'a jamais eu d'enfant.

Etat au moment de l'opération. — L'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesure 140 centimètres de circonférence. Des veines volumineuses se dessinent sous la peau du ventre, qui est lisse, sèche et décolorée. La cicatrice ombilicale est effacée en partie, ce qui, joint à l'ondulation qu'on perçoit à la main, à l'occasion de la plus légère secousse, indique que du liquide est épanché dans le péritoine. A l'aide d'un examen plus approfondi, on sent que cette couche liquide se déplace, et l'on arrive sur une tumeur irrégulière, d'une consistance variable d'un point à un autre, preuve que l'on a affaire à un kyste multiloculaire.

La tumeur, qui proémine davantage à droite qu'à gauche, jouit d'une certaine mobilité en masse; et par le toucher vaginal, combiné au palper hypogastrique, on peut s'assurer de son indépendance d'avec la matrice, qui est en antéversion avec légère interversion à gauche.

L'état général est des plus mauvais : joues creuses, yeux enfoncés dans l'orbite, peau ridée, membres grêles, quoique non œdématiés, pouls filiforme à 76 pulsations par minute, sueurs nocturnes, endolorissement du ventre, inappétence complète, urines peu abondantes et chargées, selles rares et parfois diarrhéiques, flueurs blanches, enfin dyspnée et insomnie. La malade passe une grande partie de son temps au lit et ne se lève que pour faire péniblement quelques pas et pour s'asseoir.

Le diagnostic porté fut le suivant : « kyste multiloculaire de l'ovaire droit, avec adhérences péritonéales limitées, interposition de liquide ascitique entre la tumeur et les parois.

Le 4 août 1870, on procède à l'opération comme il suit :

Chloroformisation qui fut complète et facile, sans vomissements ni accidents d'aucune sorte. Section classique sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne. Le péritoine étant incisé, il s'écoule une grande quantité de sérosité citrine, contenant quelques flocons albumineux. Nous avons pu l'évaluer à deux ou trois litres. La main passée largement entre les parois et

la tumeur décolle plusieurs adhérences récentes faciles à déchirer. Un gros trocart d'ovariotomie, enfoncé dans la grande poche qui se présente la première, permet d'extraire deux litres environ d'un liquide glaireux *puriforme*. Une deuxième poche plus petite est évacuée de même, ce qui permet de saisir le reste de la tumeur à l'aide de fortes pinces à érignes, et de l'attirer suffisamment au dehors, pour la tenir à pleines mains. Deux adhérences épiploïques assez solides sont détruites, et, pour prévenir l'hémorrhagie, on y jette deux ligatures avec du fil ordinaire. Le pavillon de la trompe du côté opposé adhère très-solidement à la face postérieure du kyste, ce qui oblige d'en faire l'excision et d'y appliquer un nouveau fil. La tumeur cède alors complétement à la traction, et nous tombons sur son pédicule qui est large de quatre à cinq centimètres et long d'à peu près autant.

En suivant le procédé de M. Boinet, une première ligature, à l'aide d'un très-gros fil, est placée à la racine du pédicule et le *clamp* fortement serré par-dessus. De cette façon on n'a pas à craindre d'hémorrhagie consécutive, si par malheur le clamp venait à lâcher.

Le pédicule une fois coupé en deçà du *clamp*, on procède à l'exploration de l'ovaire du côté *gauche* qui fut trouvé absolument sain. Par contre, il y avait un corps fibreux sous-péritonéal (offrant aussi quelques adhérences, à en juger par la répétition des douleurs péritonéales éprouvées par la malade) du volume d'un gros œuf de pigeon, et qui tenait à la face postérieure de l'utérus par un large pédicule immobile. Une forte ligature fut appliquée à la base de cette tumeur qui a pu être excisée au bistouri, sans qu'il s'en écoulât une seule goutte de sang. De cette façon, une mince couche du myôme restait, il est vrai, adhérente à l'utérus, mais nous avons préféré cela à nous exposer à sculpter la racine de la tumeur en plein tissu utérin.

On procéda ensuite à la toilette du péritoine avec le plus grand soin, ce qui permit de constater des signes évidents de péritonite récente (aspect tomenteux et coloration lie de vin du péritoine, fausses membranes molles sur les circonvolutions intestinales).

Il va sans dire que pendant tout le cours de l'opération, des précautions furent prises pour empêcher la pénétration du liquide kystique dans l'abdomen, et l'issue des intestins qui, en vérité, n'ont montré aucune tendance à se porter au dehors.

A l'aide d'un point de suture métallique profond, traversant à la fois les deux lèvres de la plaie et le pédicule, on fixa celui-ci et le

clamp contre l'angle inférieur de la plaie. Ensuite à l'aide de cinq points de suture profonde, comprenant le péritoine, et de *sept* autres superficiels, comprenant la peau, on ferma complétement la plaie qui offrait 15 à 16 centimètres de longueur.

La surface sectionnée du pédicule fut touchée avec un pinceau trempé dans le perchlorure de fer. Tous les fils des ligatures étant fixés avec du collodion, le ventre une fois couvert de plusieurs couches d'ouate et modérément serré à l'aide d'un bandage de corps, on transporta la malade dans son lit, placé à côté et pourvu d'alèzes chaudes, ainsi que de bouteilles d'eau chaude pour les pieds et les mains.

L'opération a duré en tout trois quarts d'heure, pendant lesquels on est revenu à différentes reprises aux inhalations de chloroforme. Du reste, aucune ligature artérielle n'a été nécessitée pour la section de la paroi ventrale, et c'est à peine si la malade a perdu quelques grammes de sang veineux dans tout le cours de l'opération.

L'examen de la tumeur démontre qu'elle était constituée par deux larges poches, plus cinq ou six autres d'un moindre volume, plus des masses charnues représentant le huitième environ du volume total de la tumeur.

Il est à ajouter que les parois des grands kystes étaient épaissies, proliférantes et d'un brun ardoisé, preuve qu'elles avaient été enflammées, ainsi que l'indique du reste la présence du pus dans le liquide kystique.

Le jour de l'opération, la malade est restée calme, sauf quelques vomissements chloroformiques qui lui ont fait rendre le bouillon froid et le champagne pris après l'opération.

Le pouls est à 78. Elle urine spontanément dans l'après-midi.

Le 5 août au matin, le pouls est à 76 et monte à 96 le soir. Nuit assez calme, pas de douleur abdominale. Elle supporte bien deux verres de lait froid coupé avec de l'eau, tandis qu'elle vomit le champagne.

Le 6, elle vomit encore le champagne, ce qui fait qu'on le supprime complétement et qu'on administre exclusivement du lait. La langue est un peu sèche. Le pouls est de 92 le matin et de 96 le soir. La température axillaire est de 38°,4. Enfin, le ventre se montre légèrement ballonné et douloureux. Frictions mercurielles sur le ventre.

Le 7, même état. Pouls à 96 le matin et 108 le soir. Température du matin 37°,6, et du soir 39°,2.

Le 8, pouls 100 et 112. Température 39°,2. Coliques, léger ballonnement. — Vingt gouttes de laudanum à l'intérieur et des cataplasmes au laudanum sur le ventre.

Le 9, pouls 104 et 102; température 38°,4 et 38°,8. Coliques moins vives, nausées. Selles normales à la suite d'un lavement laxatif. Ballonnement moindre. — Dix centigrammes d'opium furent administrés, après quoi elle supporte du bouillon et du lait.

Le 10, pouls 104 et 108. Temp. 37°,4 et 38.—Nausées, puis deux vomissements bilieux. — Prend vingt-trois centigrammes d'extrait d'opium, et l'on continue les cataplasmes laudanisés.

Le 11, pouls 100 et 112. Temp. 37° et 38°,4. Vomissements bilieux, nausées continuelles, coliques vives. — Laudanum à l'intérieur et sur les cataplasmes.

Le 12, pouls 94 et 102. Temp. 36°,5 à 37°. Plusieurs vomissements bilieux, faciès tiré, coliques, sueurs visqueuses. — Même prescription.

Le 13, même état. Hoquet. Pouls 100 et 104.

Le 14, pouls 126. Temp. 36°,5. Quelques plaques de muguet sur la langue. Même état général.

Le 15, pouls, 100 et 125. Temp. 38°,5 et 37°. Même état général.

Le 16, pouls 100 et 105. Temp. 36°,8. Pouls plus ranimé. Il y eut deux vomissements. Faciès meilleur. Ballonnement moindre.

Le 17, pouls 100. Temp. 36°. N'a plus vomi. A mangé une panade et a bien dormi.

Le 18, pouls 100 et 105. Temp. 36°,2. Prend des potages et une panade. Plusieurs selles diarrhéiques.

Le 19, pouls 96. Temp. 36°,5. A vomi deux fois dans la nuit. Malgré cela, le faciès est meilleur.

Le 20, pouls 96. Temp. 36°,5. Trois vomissements la nuit.

Le 21, pouls 96. Temp. 37°. Deux vomissements. Mange un peu de poulet.

Le 22, pouls 100. Temp. 36°,5. Le mieux continue.

Le 23, pouls 96. Temp. 36°,5. Plus de vomissement. Garde ce qu'elle mange et marche manifestement vers la guérison.

Le 30 elle est en pleine convalescence.

Divers points méritent une mention spéciale :

En premier lieu, il est à noter que, malgré les signes menaçants de péritonite tels que : vomissements prolongés, coliques vives, prostration et accélération du pouls, l'opérée n'a pas moins guéri, et à cet égard la thermométrie nous a fourni un pronostic très-

favorable, puisque, à l'exception des 7e et 8e jours, où la température a atteint 39°,2, celle-ci a flotté entre 38° et quelques dixièmes jusqu'au 11° jour, pour tomber à 36°,5, et cela jusqu'à la fin de la guérison.

De toutes les substances essayées pour alimenter la malade, celle qui nous a réussi le mieux fut le lait froid coupé avec de l'eau, alors que le bouillon et le champagne étaient rejetés.

Le lavement purgatif, administré le *cinquième* jour, en vue de diminuer le ballonnement du ventre et pour dégager le tube intestinal, nous a semblé avoir agi défavorablement sur la péritonite en voie de développement, ce dont nous nous rendons compte par les mouvements péristaltiques provoqués par le lavement; aussi, une autre fois, nous comptons être plus réservés sur l'emploi de ce moyen dans les premiers jours, et, à moins d'indications spéciales, l'opium qui paralyse l'intestin nous paraît convenir davantage.

Ajoutons enfin qu'à partir du 15e jour de l'opération, la malade rendait par le vagin un liquide roussâtre très-fétide qui se répandait sur les alèzes et que nous avons cru être du liquide péritonéal accumulé dans l'excavation pubienne et aspiré par la trompe coupée, agissant ici à la manière d'un siphon; à moins qu'on ne préfère supposer une toute petite perforation vaginale à l'endroit du cul-de-sac vaginal postérieur. Quoi qu'il en soit de l'explication, cet écoulemeut nous a paru coïncider avec l'amélioration de l'état général, et l'on sait d'ailleurs toute l'importance qne M. Kœberlé (de Strasbourg) attache à évacuer après l'opération le liquide fétide qui s'amasse habituellement dans le petit bassin.

Deux mois après l'opération, cette femme paraissait d'une santé florissante, avait engraissé comme jamais elle ne l'avait été de sa vie, et possédait un appétit insatiable. Les règles, suspendues depuis plusieurs mois, sont revenues normales et abondantes, comme vous pouvez le constater actuellement sur la malade, qui veut bien se prêter à votre examen. La seule trace d'une affection qui l'avait conduite si près du tombeau se résume en une cicatrice de quelques centimètres sur la ligne blanche.

A ce niveau, et pendant la station, il existe une tendance à la saillie des parois, autrement dit à *l'éventration*, qui réclame l'usage d'une ceinture appropriée. La malade n'en souffre d'ailleurs point, et, comme elle vous le dira, elle vient d'arriver à pas accélérés de Montmartre ici sans avoir éprouvé la moindre gêne.

M. DEPAUL. L'observation qui nous est communiquée par M. Panas

me remet en mémoire un fait que j'ai observé il y a quinze ou dix-huit mois à l'hôpital des Cliniques. Une malade atteinte de kyste de l'ovaire était entrée dans le service de M. Richet, qui devait pratiquer sur elle l'opération de l'ovariotomie; mais il voulut d'abord pratiquer une simple ponction pour mieux juger de l'adhérence ou de la liberté de la tumeur. En faisant cette ponction, M. Richet s'aperçut que la malade était enceinte, et il la fit passer dans mon service où elle accoucha. Le kyste disparut après la ponction faite par M. Richet, et la guérison en a, je crois, été radicale. C'est là un fait très-heureux et un peu insolite, quoiqu'il ne soit pas unique dans la science.

M. LEGOUEST a vu récemment une opération d'ovariotomie faite par Spencer Wells sur la femme d'un médecin. Cette dame était enceinte de 4 mois environ. Elle guérit et accoucha à terme. Malgré un tel succès, il n'en reste pas moins établi que la grossesse constitue une contre-indication formelle pour l'ovariotomie.

MM. FORGET et DEPAUL demandent à M. Panas de bien préciser les rapports de la tumeur fibreuse de l'utérus qui fut extirpée en même temps que l'ovaire malade.

M. PANAS. Le corps fibreux était sessile, sans mobilité sur le tissu utérin. Il était gros comme un œuf de pigeon et adhérait à la face postérieure de l'utérus, sans tendance à se pédiculiser. Je fis à sa base une ligature très-forte, et je l'excisai en laissant une couche mince du corps fibreux sur le tissu utérin, qui ne fut pas intéressé par la section.

M. H. BLOT. En examinant la malade de M. Panas, il est facile de voir que la paroi abdominale forme une tumeur au niveau de l'incision aujourd'hui cicatrisée. Il y a là une éventration. Avec le temps cette tumeur augmenterait encore, et je crois qu'il est indispensable que cette femme porte une ceinture abdominale qui puisse contenir le paquet intestinal et l'empêcher de refouler ainsi la peau de l'abdomen. J'ai vu le même inconvénient se produire chez une malade dont j'ai rapporté ici l'observation. Après la guérison, la cicatrice paraissait si solide qu'on jugea inutile de lui faire porter une ceinture; mais bientôt l'intestin se fit jour au-dessous de la peau, et je crois qu'on pourrait établir en règle générale qu'il est prudent de faire porter une ceinture abdominale à toutes les femmes qui ont subi l'ovariotomie.

M. PANAS. Ma malade porte une ceinture abdominale; néanmoins la tumeur abdominale a notablement augmenté depuis 4 ou 5 mois. Je partage d'ailleurs complétement l'avis de M. Blot.

La coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire, signalée par M. Depaul, m'engage à vous communiquer un fait du même genre pour lequel j'ai commis une erreur de diagnostic. Une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire avait été ponctionnée une première fois par M. Trélat. Il y eut reproduction du liquide, et la malade entra dans mon service, où je pratiquai à mon tour la ponction avec injection iodée.

Elle revint cinq ou six mois plus tard avec un gros ventre, et je crus comme elle que le kyste avait récidivé. Je fis une nouvelle ponction qui donna issue à du liquide de couleur citrine, puis je poussai une injection iodée. Quelques jours plus tard, cette femme, qui n'avait éprouvé aucun accident, fut prise de coliques, et elle fit une fausse couche de 4 à 5 mois. Le kyste de l'ovaire avait été bien guéri par la première injection iodée, et j'avais pris une grossesse pour une récidive de kyste.

J'avoue mon erreur, mais je dois dire ce qui fit que je ne crus pas à l'existence d'une grossesse. Cette femme était mariée depuis quinze ans, et elle n'avait jamais eu d'enfant. De plus, ses règles avaient disparu depuis qu'elle s'était aperçue de la formation du kyste de l'ovaire dont je l'avais guérie.

J'ajouterai que j'ai obtenu deux fois déjà une guérison radicale avec l'injection iodée pour des kystes uniloculaires.

M. GUÉNIOT. La coïncidence d'un kyste de l'ovaire et d'une grossesse n'est pas très-rare, et souvent la grossesse a été méconnue. Un ovariotomiste anglais s'est trompé de la sorte quatre fois. Chez l'une de ses opérées, l'utérus se déchira pendant l'opération, et il fit du même coup l'ovariotomie et l'opération césarienne; la malade guérit.

Dans ces cas complexes, toutes les terminaisons sont possibles; quelquefois les malades guérissent; d'autres fois elles meurent; mais je crois que la grossesse compliquée par un kyste de l'ovaire offre toujours une certaine gravité. J'ai vu un fait de ce genre chez Velpeau.

Une femme enceinte avait un kyste de l'ovaire qui fut ponctionné. Quelque temps après la malade mourut subitement sans avoir éprouvé d'accident, sans être accouchée.

M. GIRALDÈS. M. Panas nous a dit que les kystes de l'ovaire guérissaient par l'injection iodée. Je ne le conteste pas, mais il faut dire que souvent aussi ces injections sont inefficaces. J'ai fait autrefois, dans le service de Rayer, un grand nombre de ces injections, et je n'ai obtenu que rarement la guérison. Souvent aussi la gué-

rison n'est qu'apparente, et la maladie récidive après plusieurs années. Pour qu'une guérison de ce genre soit concluante, il faut que l'observation soit poursuivie pendant plusieurs années. Aussi peut-on reprocher à la statistique publiée par M. Boinet de pécher par l'insuffisance du temps pendant lequel les malades ont été observées après l'opération.

M. DEPAUL. La franchise avec laquelle M. Panas a raconté une erreur de diagnostic est très-louable; de cette observation et de quelques faits analogues, on peut tirer l'enseignement que, avant toute ovariotomie, il faut s'assurer par tous les moyens d'investigation possibles que la femme n'est pas enceinte.

Ma pratique est assez longue aujourd'hui pour que j'aie vu un assez grand nombre de grossesses compliquées de kystes de l'ovaire. Cette complication est grave, mais il ne faut pas exagérer cette gravité. Car, souvent, j'ai vu la femme arriver à terme et accoucher heureusement. Je citerai, comme exemple, l'observation d'une femme de Neuilly que j'accouchai trois fois très-heureusement, malgré la coexistence d'un kyste de l'ovaire. Chaque fois je ponctionnai le kyste dans l'intervalle d'une grossesse à l'autre.

M. PANAS. Quand le kyste de l'ovaire est parfaitement séreux, que le liquide est limpide comme de l'eau, sans traces d'albumine, l'injection iodée réussit souvent. M. Boinet dit même qu'elle réussit aussi sûrement que dans l'opération de l'hydrocèle. J'ai traité deux cas de ce genre et j'ai obtenu deux guérisons.

M. GIRALDÈS. Les explications que vient de donner M. Panas étaient nécessaires; elles restreignent beaucoup le nombre des cas où l'injection iodée est applicable. Il est rare, en effet, qu'un kyste de l'ovaire contienne un liquide parfaitement limpide, sans aucune trace d'albumine, aussi séreux que celui qui nous a été décrit par M. Panas; ces caractères ne se trouvent guère que dans les kystes hydatiques, si bien qu'on pourrait se demander si les malades opérées par M. Panas n'étaient pas atteintes de kyste hydatique plutôt que de kyste de l'ovaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TARNIER.

SÉANCE DU 21 JUIN.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Le *Bulletin de thérapeutique*, nº du 15 juin. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, nº d'avril 1871.

— *De l'Occlusion temporaire des paupières dans le traitement de l'ectropion cicatriciel*, par le docteur Mirault (d'Angers), membre correspondant de la Société. — Remercîments.

L'armée et la population; *études démographiques*, par le docteur Ély, médecin militaire. Br. in-8°. — Remercîments.

— Une lettre de M. Verneuil, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— Une lettre de M. Depaul, qui demande un congé.

Plaie de tête. — M. SÉE. Le 15 novembre 1870, un officier supérieur de l'armée française fut blessé pendant le siége de Belfort dans les circonstances suivantes : un obus entra par une embrasure et brisa, en éclatant, une fenêtre derrière laquelle se trouvait cet officier. Les blessures étaient multiples, mais peu profondes. L'une d'elles siégeait à l'angle externe de l'œil droit. Elles paraissaient toutes avoir été produites par des fragments de verre; elles saignèrent assez abondamment.

Le lendemain, en sortant de son lit, le blessé éprouva une petite syncope, mais il put néanmoins reprendre son service. Au bout de 15 jours, toutes les plaies étaient cicatrisées. Il restait néanmoins au côté externe de l'œil droit une petite tumeur grosse comme un pois. L'œil était resté larmoyant depuis la blessure. Bientôt il survint de la douleur de tête, surtout à droite, de la gêne de la vision avec exacerbation de ces phénomènes par le travail de bureau, principalement à la lumière artificielle

Après la reddition de Belfort, ce blessé fut envoyé à Besançon, où il ressentit les mêmes douleurs de tête et la même gêne dans la vision. Le 2 mai, après avoir fait une course un peu rapide, il se

plaça près d'une fenêtre ouverte, où il est possible qu'il ait été frappé par un courant d'air froid. Le lendemain, il fit appeler un médecin qui lui fit une première visite le 4 mai. Ce médecin constata une injection de la conjonctive droite avec boursoufflement de cette membrane. Le malade ne parla même pas de la blessure qu'il avait reçue à Belfort et attribua sa maladie à un coup d'air.

Dans la soirée du 4 mai, les accidents s'aggravèrent et gagnèrent l'œil du côté opposé.

— Compresses d'eau fraîche ; sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le lendemain, 5 mai, le médecin en chef de l'hôpital militaire fut appelé en consultation. Le malade était alors dans un état désespéré ; la respiration était embarrassée, et trois heures après il était mort. L'enterrement eut lieu le 6 mai. La famille demanda l'exhumation et l'autopsie, qui ne put être faite que quatre jours après le décès. La putréfaction du cadavre était très-avancée, et l'autopsie fut faite à la hâte, dans un wagon du chemin de fer, à la lueur d'une lampe.

L'autopsie apprit peu de chose ; on trouva seulement de l'injection à la base des méninges, surtout au niveau de la fosse moyenne.

L'un des médecins pensa que ce malade était mort à la suite d'une congestion cérébrale. Pour moi, je suis convaincu que tous les accidents ont été la conséquence de la blessure que cet officier avait reçue au côté externe de l'œil.

M. DESPRÉS. Dans des cas semblables, la mort a quelquefois été produite par la phlébite de la veine ophthalmique. La veine ophthalmique et le sinus caverneux ont-ils été examinés ?

M. LARREY. S'est-on assuré, d'autre part, qu'il n'y avait pas de corps étranger dans l'orbite ?

M. Béhier, dans une thèse déjà ancienne, et M. Demarquay, dans un mémoire plus récent, ont signalé des observations analogues à celle qui nous est communiquée par M. Sée, et dans lesquelles la mort a paru produite par la présence de corps étrangers dans l'orbite.

M. SÉE. Les circonstances anormales au milieu desquelles on vivait à l'époque où fut recueillie cette observation ne permirent pas de faire l'autopsie avec beaucoup de soin. Je me suis expliqué à cet égard. La veine ophthalmique n'a pas été disséquée, et je reconnais avec M. Després que c'est là une lacune très-regrettable ; mais je puis assurer à M. Larrey qu'il n'y avait pas de corps étran-

ger dans l'orbite parce qu'on pensait qu'il devait en exister un et que les recherches dirigées dans ce sens n'en firent pas découvrir. La cavité orbitaire et la cavité crânienne ont été explorées avec soin pour éclairer ce doute, et toutes les recherches ont été négatives.

M. LEGOUEST. Peut-être existait-il de la méningite. Dans tous les cas, les circonstances au milieu desquelles l'autopsie a été faite étaient si défectueuses qu'il me paraît difficile de se prononcer.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. TARNIER. Un jeune soldat, blessé à la bataille de Villiers-Champigny, fut apporté à l'ambulance du Crédit foncier, où je lui donnai des soins. Il avait été frappé au genou gauche par une balle cylindro-conique qui avait pénétré à deux centimètres au-dessus du bord externe de la rotule pour venir se loger au-dessus du condyle interne du fémur, sur lequel elle paraissait s'être incrustée. Après avoir reconnu l'ouverture d'entrée du projectile et le point où il s'était arrêté, je pensai que le cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou devait avoir été ouvert, du moins le trajet suivi par la balle devait me le faire croire.

Je me gardai bien de faire aucune exploration dans la plaie, et le malade fut placé dans une gouttière rembourrée, où il garda une immobilité aussi complète que possible. A mon grand étonnement, il ne survint aucun accident inflammatoire, et la plaie se cicatrisa régulièrement et rapidement sans avoir présenté d'écoulement de synovie.

Aujourd'hui, le blessé est guéri depuis longtemps. La marche est facile. On sent la balle à peu près au même endroit que par le passé ; seulement elle paraît plus superficielle, et elle est devenue mobile. Le malade demande qu'on en fasse l'extraction.

En vous présentant ce malade, j'appelle votre attention sur la simplicité avec laquelle s'est effectuée la guérison pour une plaie qui paraissait, d'après le trajet suivi par le projectile, avoir ouvert inévitablement l'articulation. Je me demande aujourd'hui si oui ou non l'articulation a été ouverte. Si la plaie a pénétré dans la synoviale, la guérison est remarquable ; si au contraire la synoviale est restée intacte, il est étonnant qu'une balle puisse suivre un pareil trajet sans ouvrir l'articulation.

D'autre part, je suis disposé à ne faire aucune tentative pour ex-

traire ce projectile, mais je désire avoir votre avis sur ce point du traitement.

M. DESPRÉS. Il me paraît que la balle est en dehors de l'articulation sous le tendon du triceps; elle est en effet mobile quand le muscle est relâché, immobile quand le muscle se contracte; elle se comporte, en un mot, comme le ferait une tumeur née dans le muscle lui-même.

Le malade marche bien, sans douleur; la conduite la plus sage, à mon avis, est de ne pas extraire la balle et d'attendre.

J'ai vu à Sedan plusieurs plaies pénétrantes du genou, suivies de guérison quand la plaie pénétrante n'était pas compliquée par une lésion des os. Sur cinq blessés de ce genre, il y eut quatre guérisons.

J'ai trouvé à Beaugency un certain nombre de blessés du même genre, mais cette fois les insuccès ont été nombreux; il est vrai de dire que les blessés supportaient une température exceptionnellement froide. Cependant un soldat reçut une balle qui pénétra dans le condyle fémoral en ouvrant l'articulation. La guérison fut obtenue après une arthrite, et la balle resta dans l'os.

Il ne m'étonnerait pas que chez le malade présenté par M. Tarnier, il y eut eu plaie pénétrante du genou; c'est là une probabilité qui est fondée sur le trajet suivi par le projectile.

M. DOLBEAU. J'ai dans mon service de l'hôpital Beaujon deux blessés semblables à celui qui nous est présenté. L'un d'eux a reçu une balle qui pénètre en avant du condyle externe du fémur pour s'arrêter sur le bord interne de la rotule. Chez l'autre, la balle a pénétré dans le creux poplité, pour venir se loger en avant du condyle interne, précisément dans le même point que chez le malade de M. Tarnier.

Dans les deux cas, j'ai observé une arthrite violente, mais l'inflammation s'est arrêtée et aujourd'hui les deux malades sont guéris.

Je pense que M. Tarnier fera bien de ne pas chercher à extraire la balle qui est restée dans le genou de son malade; il s'exposerait en effet à ouvrir l'articulation, ainsi que j'en ai vu un exemple malheureux dans une ambulance de la ville.

Dans tous les cas où il y a doute sur la pénétration de la plaie dans l'articulation il faut, je crois, traiter les malades comme s'il y avait lésion de l'articulation.

M. LARREY. Je suis disposé à croire à la curabilité des plaies de l'articulation du genou, malgré la gravité incontestable de cette lésion.

Mon avis, dans le cas particulier qui vous est présenté, est qu'il faut attendre autant que possible, et ne pratiquer l'opération qu'à la dernière extrémité. Si l'opération devenait inévitable, il faudrait, je pense, donner la préférence à la méthode sous-cutanée, telle qu'elle a été instituée pour l'ablation des corps étrangers articulaires. J'ai vu, il y a vingt-cinq ans, Velpeau pratiquer une opération de ce genre avec le plus complet succès.

M. LEFORT. J'ai vu dans mon service un genou, traversé de part en part par une balle, guérir très-heureusement. Il y a donc à revenir sur le précepte qui voulait que l'amputation fût nécessaire dans toutes les plaies pénétrantes du genou par armes à feu.

M. SÉE. A la bataille de Saint-Quentin, j'ai vu un genou traversé par une balle, de la rotule au creux poplité. Le malade guérit.

J'ai observé des cas analogues pour les articulations de l'épaule et du coude. L'indication de l'amputation me paraît donc être restreinte, par l'observation de ces faits, aux cas dans lesquels une complication vient aggraver encore la plaie pénétrante de l'articulation.

M. BLOT. Il ne faut pas faire d'amputation préventive; il ne faut même pas amputer quand survient une arthrite; il y a longtemps déjà que j'ai publié un mémoire où il est démontré qu'une arthrite suppurée du genou peut être suivie de guérison avec la conservation de tous les mouvements du membre.

J'entends mes collègues, MM. Dolbeau et Trélat, dire qu'il s'agissait, dans le mémoire que je viens de citer, d'arthrites non traumatiques; mais c'est là une erreur. Dans l'une de mes observations, il s'agissait d'un ouvrier châlier qui avait eu le genou ouvert par la pointe de longs ciseaux; il y eut arthrite, suppuration et guérison, avec conservation de tous les mouvements du membre blessé. C'était là assurément une arthrite traumatique. La restriction qui était faite par mes collègues n'existe donc pas.

M. LEGOUEST. Dans les blessures de ce genre, il faut, antant que possible, empêcher le développement de l'arthrite par un traitement prophylactique, et quand elle se déclare savoir lui opposer un traitement curatif. Pour le malade de M. Tarnier, je crois qu'il faut laisser le corps étranger en place, parce qu'on s'exposerait à une arthrite formidable en voulant l'extraire; je n'opérerais qu'à la dernière extrémité. Je crois aussi que le corps étranger est formé par une balle qui n'est pas entière.

M. BLOT. Avant la publication du mémoire dont j'ai parlé, on pensait que, après une arthrite suppurée du genou, l'ankylose était

le mode de guérison le plus favorable; on ne croyait pas alors à la guérison avec conservation possible des mouvements du membre. Des faits bien observés ont renversé cette opinion.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TARNIER.

SÉANCE DU 28 JUIN.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*;

— L'*Union médicale*;

— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, numéro de mai 1871;

— Le *Bulletin médical du nord de la France*, numéro d'août 1870.

— *Demostrazione di una nuova importantissima virtu medicamentosa della China e dei suoi preparati* del dottor Angelo Monteverdi, chirurgien du grand hôpital de Cremone. In-8°, 1870.

— *L'uranoplastie et les divisions congénitales du palais*, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lauzanne. Grand in-8° avec figures.

— *Historique et fonctionnement des caisses de secours des bataillons de mobiles et de mobilisés de l'armée du Nord pendant la guerre de* 1870-1871, par le docteur Houzé de l'Aulnoit (de Lille).

Une lettre de M. Mirault (d'Angers) demandant la rectification d'une date relative à la publication d'un mémoire sur l'occlusion des paupières, dans le traitement de l'ectropion cicatriciel.

Angers, le 22 juin 1871.

A Monsieur le président de la Société de chirurgie de Paris,

Monsieur le président,

Le travail sur l'occlusion chirurgicale des paupières, dont je viens d'avoir l'honneur d'adresser un exemplaire à MM. les membres de

la Société de chirurgie, contient une erreur typographique que je m'empresse de rectifier.

Dans le renvoi aux annales d'oculistique, qui se trouve au bas de la *page 4*, on a indiqué le millésime de 1842, comme étant celui de la publication de mon premier mémoire sur l'occlusion palpébrale. Cette date de 1842 est celle de l'opération de Marie Raguat, et non celle de sa publication dans les annales d'oculistique, en 1851.

C'est dans l'intervalle de ces deux dates, à une époque où M. Maisonneuve ne connaissait ni ne pouvait savoir ce que j'avais fait en 1842, qu'il a communiqué à la Société de chirurgie un cas sur le même sujet. Il faut donc reconnaître, comme je le fais moi-même, qu'une part très-légitime revient à notre honoré collègue dans l'intervention de la méthode d'occlusion des paupières, dans le traitement de l'ectropion cicatriciel.

C'est pour prévenir une interprétation erronée de mon sentiment, que j'ai cru devoir adresser la présente lettre à mes très-honorés collègues, MM. les membres de la Société de chirurgie.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments de haute considération.

Dr G. Mirault.

— M. Dolbeau dépose sur le bureau une observation adressée par M. le professeur Duplong (de Rochefort); il s'agit d'une hernie étranglée, guérie par la méthode de l'aspiration au moyen de l'appareil de Dieulafoy. Le malade avait 82 ans.

DISCUSSION

M. Boinet. Dans la dernière séance, la Société de chirurgie s'est occupée des plaies du genou par projectiles de guerre; je crois utile de citer, à ce propos, l'histoire d'un blessé envoyé par M. Delens dans mon service d'ambulance; ce malade avait reçu une balle qui avait traversé le genou de part en part en passant derrière la rotule, entre cet os et les condyles du fémur. Cet homme est guéri; il vient d'être transporté dans un service de chirurgie militaire, dirigé par M. le docteur Champenois, qui surveille la guérison.

J'ai déjà rapporté ici deux observations analogues; c'est donc le troisième cas de guérison que j'observe depuis peu.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DUBRUEIL présente un blessé auquel il a pratiqué la resection de la hanche.

Le 30 septembre, se trouvant avec son régiment (le 109e de ligne) à l'attaque de l'Hay, il reçut une balle qui l'atteignit à la hanche gauche et forma une plaie en séton. Je vis le malade quelques heures après, et je constatai qu'il existait une fracture de l'os iliaque au niveau de la fosse iliaque externe.

J'enlevai un fragment de balle et trois esquilles osseuses comprenant toute l'épaisseur de l'os iliaque, et représentant à peu près à elles trois la largeur de la paume de la main. A ce niveau, l'os iliaque était détruit ou plutôt présentait une large perte de substance.

J'avais supposé que le projectile n'avait pas intéressé le fémur. Au bout de quelques jours, l'état du malade était des plus graves; il était épuisé par une suppuration des plus abondantes, et le pied, qui d'abord était dans la rectitude, s'était porté dans la rotation en dedans.

M. Verneuil, à qui je montrai le blessé, pensa qu'il y avait une fracture du col du fémur, et m'engagea à pratiquer la resection. Je fis, en effet, cette opération quinze jours après la blessure.

L'incision fut celle de Billoth, de Chassaignac et de Guérin, c'est-à-dire une ligne courbe à une cavité antéro-inférieure, embrassant les bords supérieur et postérieur du grand trochanter. Je trouvai le col séparé à sa base du reste de l'os par une fracture, et j'enlevai tout d'une pièce la tête et le col du fémur. Puis, voyant que la partie supérieure de la diaphyse fémorale était baignée par le pus et nécrosée, j'appliquai la scie à chaîne sur l'os au niveau de la base du grand trochanter, et je resequai ainsi la partie trochantérienne du fémur. Un drain fut placé au niveau d'un décollement siégeant à la partie externe de la cuisse.

Je dus, pour fixer le membre, me contenter d'un appareil inamovible embrassant le bassin.

Pendant quelques jours, l'état du malade fut presque désespéré; peu à peu cependant la suppuration diminua, et la plaie marcha vers la cicatrisation. A présent, la guérison est complète, et grâce à un appareil fabriqué par M. Mathieu et à l'aide d'une canne, ce soldat peut fournir des courses assez longues. Aujourd'hui, il est venu à pied des Invalides à la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. MAURICE RAYNAUD présente, avec pièce anatomique à l'appui, l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive, et la transfusion du sang.

Étranglement interne. — M. PANAS présente une observation d'étranglement interne avec pièce à l'appui.

Cas d'occlusion intestinale produite par le renversement d'une anse de l'iléon sur elle-même. Établissement d'un anus artificiel. Mort. Autopsie. — M. PANAS. Parmi les causes connues de *volvulus* ou d'*ileus*, autrement dit d'occlusion intestinale, celle dont il s'agit est certainement une des plus rares, et c'est ce qui nous a engagé à en communiquer un nouvel exemple à la Société. On pourrait rapprocher de ce fait un autre, décrit par Trousseau, dans sa clinique, avec cette différence que, dans ce dernier cas, il s'agissait de l'S iliaque du colon.

L'homme qui fait le sujet de l'observation était un vieillard sec, de 75 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis pour une simple contusion de la hanche résultant d'une chute de sa hauteur.

Il y était déjà depuis quinze jours, lorsqu'il s'est plaint à nous d'éprouver quelques nausées et une grande anxiété abdominale. A l'examen direct, nous constatons ce qui suit :

Face grippée, exprimant la souffrance; pouls petit, faible et accéléré; extrémités froides; langue sèche, légèrement fuligineuse à la base; ventre tendu et légèrement douloureux à la pression, surtout à l'hypogastre et vers la fosse iliaque droite; la percussion fournit un son tympanique dans toute la moitié droite de l'abdomen, qui décroît et fait place à une matité *relative*, à mesure qu'on se rapproche du flanc et de la fosse iliaque gauches; du reste, point de fluctuation appréciable.

Le ventre paraît uniformément développé, ce qui nous porte à penser que l'obstacle siége *à la fin* de l'intestin grêle, ou même au gros intestin.

Ajoutons que la matité perçue à la fosse iliaque droite et la réminiscence du fait rapporté par Trousseau nous firent incliner à l'idée que l'obstacle pouvait siéger plutôt à gauche qu'à droite.

Il n'est pas besoin de dire que tous les points par où une hernie peut se montrer ont été soigneusement explorés, et que le résultat négatif a confirmé le diagnostic d'un étranglement interne.

Les renseignements fournis par le malade étaient fort vagues, aussi n'y avons-nous attaché qu'une médiocre importance. Ce qui nous a paru ressortir de plus clair, c'est que le malade était antérieurement sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée, sans retentissement d'ailleurs sur sa santé générale. Depuis deux jours il n'avait point été à la selle.

On prescrit de l'eau de Sedlitz, plus un lavement purgatif et un cataplasme de graine de lin appliqué sur le ventre.

Le lendemain, l'état est le même; la nuit avait été mauvaise; il n'y eut point de selles, sauf quelques matières rendues avec le lavement. Craignant, dans l'hypothèse d'un obstacle insurmontable, de trop insister sur les purgatifs, je me contentai de renouveler le lavement purgatif, en même temps que je fis appliquer sur le ventre de la glace.

Bien que le lavement ait été administré sans plus d'effet que la veille, la glace a eu pour effet d'amender notablement les accidents; aussi la nuit s'est passée calme, et à la visite du matin le malade se déclarait satisfait de son état.

Même prescription.

Le troisième jour, toujours pas de selles; mais l'amélioration persiste. Même prescription. Le quatrième jour, nous le trouvons moins bien. Le ventre est plus tendu et plus sensible; les nausées se font de nouveau sentir. Aussi, sans discontinuer l'usage de la glace, nous prescrivons une pilule avec une goutte d'huile de croton, qui reste sans effet.

Le cinquième jour, à la visite, nous trouvons le malade en proie à la plus vive anxiété; le faciès est cholérique, les extrémités froides; le pouls fréquent, imperceptible; et déjà il avait eu deux vomissements de matières fécaloïdes.

En présence d'accidents aussi graves et de l'insuccès des moyens médicaux, nous crûmes devoir procéder, sans désemparer, à l'établissement d'un *anus artificiel*, de préférence à la *gastrotomie* proprement dite, qui nous paraît être une opération par trop chanceuse, et plus encore à la *simple ponction*, telle que l'avait préconisée Trousseau, et qui, dans l'état d'extrême gravité où se trouvait le malade, ne pouvait lui être d'aucun secours.

Nous n'entrerons point dans des détails opératoires connus de tous; mais il sera bon de signaler que, mû par les considérations cliniques précédemment indiquées, nous avons établi l'anus du côté gauche, dans l'espoir que nous nous rapprocherions davantage du siége présumé de l'obstacle.

Après l'incision de la paroi abdominale faite, dans l'étendue de 5 centimètres, parallèlement au ligament de Fallope et en dehors de l'artère épigastrique, de façon que son extrémité externe restât distante de la crête iliaque de 2 centimètres environ, nous vîmes s'écouler au dehors une certaine quantité de sérosité péritonéale citrine et claire, sans mélange de pus ni de fausses membranes; après quoi une anse d'intestin grêle, distendue par des matières liquides et des gaz, est venue se montrer à la plaie. Avant de la saisir, l'index droit fut introduit dans l'abdomen, en vue d'arriver peut-être sur l'obstacle, comme on en possède de rares exemples, et surtout pour explorer l'état du gros intestin. Cela nous a permis, en effet, de constater que l'S iliaque était vide et comme ratatiné, et que l'obstacle devait être rapporté plus haut, probablement à la fin de l'intestin grêle.

La suture faite et l'intestin ouvert d'après les règles, nous vîmes immédiatement s'écouler, par jets, une grande quantité de matières mêlées de gaz, et dont l'odeur, la couleur et la consistance rappelaient en tout point celles rendues par les vomissements.

Le malade, en ce moment revenu de son sommeil chloroformique, éprouva un soulagement notable; la face se colora et perdit l'aspect cholérique, ce qui devint frappant pour tous les assistants. Malheureusement, cette amélioration apparente ne fut que temporaire, puisque, transporté dans son lit, où il continua de rester calme, le malade ne vécut que jusqu'à 4 heures du soir, et mourut six heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite circonscrite à la portion sous-ombilicale et pelvienne de cette membrane. Le péritoine offre, en ces points, une coloration d'un brun ardoisé, indiquant que l'inflammation remonte déjà à quelques jours. Le liquide ascitique qui s'était écoulé au moment de l'opération ne fait que confirmer cette idée.

Ainsi que nous l'avions constaté pendant l'opération, le gros intestin se présente sain, absolument vide et comme revenu sur lui-même. L'intestin grêle, et en particulier l'iléon, est rouge, vascularisé, et contient encore des matières liquides fécaloïdes, analogues à celles qui se sont écoulées en abondance après l'établissement de l'anus contre nature. Celui-ci se trouve dans des conditions opératoires excellentes, et rien ne s'est épanché dans le péritoine à ce niveau. Son siége est le bas de l'intestin grêle, juste à 2 mètres de distance de la terminaison de cet intestin et de la valvule iléo-cœcale.

Le point d'arrêt du cours des matières intestinales se trouvait,

comme on peut le juger sur la pièce que nous mettons sous les yeux de la Société, tout à fait au bas de l'iléon, à quelques centimètres de distance de la valvule iléo-cœcale.

En ce point, il n'y avait ni bride, ni diverticulum intestinal, ni frange épiploïque, ni l'appendice vermiculaire du cœcum, ni aucune autre disposition du même genre, pouvant agir comme anse comprimante ou comme axe d'enroulement d'une portion de l'intestin.

Tout l'obstacle résidait, comme dans le fait cité par Trousseau, en une *torsion* ou *renversement de l'anse intestinale sur elle-même,* et de *gauche à droite,* autrement dit dans le sens *positif,* ou, si l'on aime mieux, du *cœcum vers l'iléon.* L'intestin, ainsi contourné, décrivait non pas un *seul,* mais bien *deux tours de spire complets,* de manière à représenter un huit de chiffre.

La portion du mésentère comprise dans la double spire était épaissie et les ganglions lymphatiques correspondants manifestement engorgés. En tirant doucement sur l'iléon, on a vu l'anse intestinale décrire de *droite à gauche* deux tours, et la torsion disparut; mais, en revanche, on a constaté, comme cela se voit sur la pièce, que, au niveau de l'entre-croisement des deux bouts de l'anse, les tuniques de l'intestin étaient coupées circulairement, à l'exception de la tunique péritonéale; encore est-il que celle-ci était perforée sur un point et qu'elle avait laissé passer par là une certaine quantité de matières fécaloïdes, jusque dans l'excavation pelvienne.

Il va sans dire que le point coupé appartient à la portion originelle de l'anse, à ce qu'on pourrait appeler le *bout supérieur.* On sait que la même chose a lieu pour les hernies étranglées.

Il ne paraît pas facile de s'expliquer une pareille torsion de l'intestin, et encore moins de dire ce qui la rend permanente au point de résister aux mouvements péristaltiques provoqués par les lavements et les purgatifs drastiques administrés en pareil cas. Serait-ce une paralysie locale de l'intestin? Serait-ce une accumulation de matières ou bien un allongement avec épaississement du feuillet mésentérique? Ce sont là autant de suppositions que rien ne justifie quant à présent; mais le fait n'en est pas moins incontestable, et méritait d'être inscrit dans les *Annales* de notre Société.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Panas de bien préciser quelques points de son observation.

M. LARREY fait remarquer que des cas analogues à celui qui

vient d'être relaté sont consignés dans le mémoire de M. Besnier et dans celui de M. Duchaussoy.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TARNIER.

SÉANCE DU 5 JUILLET.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*.— *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, numéro de juin 1871. — *Bulletin général de thérapeutique*, numéro de juin 1871. — *Gazette médicale de Strasbourg*.

Rapport médical de l'ambulance internationale girondine, par les docteurs Alb. Derwons et Louis Lande. Broch. in-8°. Bordeaux, 1871.

Quelques faits d'éclampsie puerpérale, par le docteur Ad. Dumas, médecin de l'hôpital de Cette. Broch. in-8°.

Quelques faits d'obstétricie, par le docteur Putégnat, de Lunéville. In-8° de 324 pages.

VACANCE A UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE

Une place de membre titulaire de la Société de chirurgie est déclarée vacante.

COMMUNICATION

M. DESPRÉS communique l'observation suivante :

Ligature de la carotide primitive. — M. DESPRÉS. Pendant la campagne de 1870-1871, j'ai eu trois fois l'occasion de pratiquer la ligature de la carotide primitive : deux fois pour une plaie con-

tuse des carotides externe et interne, une fois pour une plaie contuse de la carotide primitive.

Dans l'un des deux premiers cas, la ligature a été faite; mais il y a eu une hémorrhagie par le bout supérieur des artères, et le malade a succombé. Dans le second cas, l'hémorrhagie était tellement foudroyante, que j'ai eu à peine le temps de découvrir l'artère.

Le troisième cas, plus intéressant, est celui sur lequel je veux appeler l'attention de la Société.

Le nommé Jocquelin (Jérôme), 23 ans, soldat au 31e de ligne, blessé à Sedan le 1er septembre, et soigné à l'ambulance de Daigny, puis de Balau, avait reçu une balle ayant traversé la face, de la région temporo-malaire gauche à la région sterno-mastoïdienne droite, où la balle était restée logée sous la peau. Aucune hémorrhagie primitive n'avait eu lieu. Le 3, j'ai extrait la balle par une incision de la peau sur une dureté correspondant à la balle.

Jusqu'au 8, un pansement à l'eau froide a été fait et la plaie suppurait régulièrement; le malade mangeait et se levait.

Le 9 au matin, une hémorrhagie a eu lieu. Appelé aussitôt, je défis le pansement et je vis sortir de la plaie un jet de sang vermeil saccadé. Je n'hésitai pas à penser qu'il s'agissait d'une plaie de la carotide primitive, à cause de ce fait que l'on sentait encore, mais faiblement, les battements de l'artère temporale superficielle. Je pratiquai séance tenante la ligature de la carotide primitive, à 1 centimètre 1/2 avant la bifurcation.

Je plaçai mon doigt indicateur gauche dans la plaie, et pressai sur l'artère pour faire l'hémostase sur la plaie artificielle; puis, avec la main droite, j'incisai la peau et l'aponévrose du cou suivant les règles, et je liai à 1 centimètre 1/2 au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive; je guidai la main de mes aides pour suppléer à ma main gauche occupée.

Aucune hémorrhagie consécutive ne parut. Le malade allait bien; il mangea.

Le 10, le malade était encore en bon état.

Le 11, J... est triste, son caractère est aigri, il est violent; le soir, une hémiplégie faciale se déclare à gauche, du côté opposé à la ligature.

Le 12, l'hémiplégie occupe toute la moitié gauche du corps; l'appétit est nul; le malade prend seulement quelques bouillons; il sommeille presque sans cesse.

Le 13, le malade est dans un coma incomplet; il répond à peine aux questions qu'on lui adresse.

Le 14, le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve du côté du vaisseau une plaie contuse double à l'artère carotide primitive. Il y a un caillot dans le bout cardiaque de l'artère, long de 1 centimètre 1/2, à partir de la ligature. Il y a un caillot de même longueur dans le bout périphérique, et il s'étend jusque dans la carotide externe et la carotide interne.

Du côté du cerveau, on trouve l'hémisphère droit anémique, pâle, et les vaisseaux de ce côté ne contiennent pas de sang. L'hémisphère gauche, au contraire, est vascularisé, et à l'œil on saisit une différence de volume sensible entre les deux hémisphères.

Cette observation démontre : 1° que, dans ce cas particulier, la ligature d'un seul bout d'une grosse artère blessée sur son trajet a pu suffire pour arrêter le sang et permettre la production de caillots solides; 2° que la mort a été causée par l'absence du rétablissement de la circulation cérébrale du côté correspondant à la ligature, ce que prouvent l'anémie franche du cerveau du côté droit et l'hémiplégie gauche observée pendant la vie.

M. GIRALDÈS. M. Després nous a dit que dans certains cas il suffisait de lier un seul bout de l'artère; je désire savoir dans quels cas particuliers une ligature unique suffit pour mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

M. DESPRÉS. J'ai indiqué un fait d'observation, mais je n'ai pas voulu poser d'indication thérapeutique.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GIRAUD-TEULON présente un enfant âgé de 1 an, qui porte à l'angle interne de l'œil droit une tumeur grosse comme une petite noisette. Cette tumeur produit un peu de strabisme divergent; elle diminue par la pression et augmente pendant les cris; elle se comporte comme une tumeur érectile. M. Giraud-Teulon désire avoir l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement; mais il les prévient que l'enfant a été vacciné, et qu'il n'y a par conséquent pas à songer à modifier la tumeur par la vaccine.

M. DESPRÉS. Les tumeurs de l'angle interne de l'œil chez les enfants ont donné lieu quelquefois à des erreurs regrettables: ainsi on a pu croire à une tumeur érectile alors qu'il s'agissait d'un encéphalocèle. Il serait, je crois, prudent, pour le petit malade de M. Giraud-Teulon, de reculer l'opération jusqu'à ce que les caractères de la tumeur fussent devenus manifestes.

M. GIRALDÈS. Le diagnostic est difficile, parce que l'enfant pousse des cris quand on l'examine. L'examen serait plus facile et plus concluant si l'enfant était chloroformisé. En cas de doute, on pourrait profiter du sommeil anesthésique pour enfoncer une épingle fine dans l'épaisseur de la tumeur; l'extrémité de cette épingle resterait fixe si le tissu qu'elle traverse est de nature érectile; sa pointe serait, au contraire, mobile si elle pénétrait dans la cavité d'un kyste.

Il est probable qu'il s'agit, en réalité, d'une tumeur érectile, et je crois que la guérison en sera facilement obtenue par la cautérisation électrique pratiquée au moyen d'une simple ponction.

Anévrysme cirsoïde. — M. PANAS présente une jeune femme qui fit, il y a cinq ans, une chute sur la fesse droite; une vaste ecchymose se forma dans cette région, qui devint ensuite le siége d'une véritable tumeur.

Quand je vis la malade, dit M. Panas, je reconnus un anévrysme cirsoïde considérable avec battements artériels sous la peau de la fesse ; le doigt introduit dans le rectum sentait les mêmes battements à une grande profondeur. Je priai M. Broca d'examiner cette femme et de me donner son avis; il pensa qu'il fallait faire dans les vaisseaux quelques injections de perchlorure de fer.

Je fis donc successivement quatre injections qui furent suivies de quelques accidents phlegmoneux et d'un peu de gangrène locale autour des piqûres.

Des noyaux indurés se formèrent autour des points où l'injection avait été faite, les vaisseaux diminuèrent; il y eut de l'amélioration, mais néanmoins l'anévrysme persiste et on sent dans le rectum le battement d'une artère qui n'est guère moins grosse que l'humérale.

Aujourd'hui la tumeur occupe non-seulement la plus grande partie de la fesse droite et du rectum, mais elle tend à envahir la fesse gauche.

Pendant une grossesse antérieure, la tumeur s'est accrue rapidement, et la malade désire vivement être guérie pour pouvoir se marier.

J'avoue que je suis embarrassé devant un cas aussi grave, et j'ai voulu avoir l'avis de mes collègues avant d'entreprendre une nouvelle opération.

M. GIRALDÈS. Je crois, pour ma part, qu'on pourrait enlever cette tumeur après avoir fait une ligature à sa base pour empêcher

l'hémorrhagie. Cette ligature pourrait se faire avec plusieurs anses de fil qui embrasseraient successivement tous les segments de la tumeur; on pourrait encore employer le procédé de Rigal de Gaillac. Pour se mettre mieux à l'abri d'une hémorrhagie, il conviendrait de comprimer l'aorte avec un compresseur à tourniquet.

Sans aucun doute, l'hémorrhagie est à craindre; mais l'on pourrait pendant l'opération lier isolément les plus gros vaisseaux et je pense qu'un chirurgien entouré d'aides attentifs et habiles pourrait mener à bien cette opération. Comme moyen hémostatique, il faudrait avoir sous la main des cautères actuels et électriques.

M. LEGOUEST. M. Panas est en présence d'un cas difficile et grave; je ne partage pas l'opinion de M. Giraldès, et je crois qu'il ne faut pas songer à attaquer cette tumeur avec le bistouri ou des ligatures; je crois qu'une hémorrhagie horriblement grave serait inévitable pendant les tentatives et que la malade succomberait.

On pourrait peut-être comprimer l'aorte, comme l'a conseillé M. Giraldès, et tenter de nouvelles injections de perchlorure de fer combinées avec cette compression de l'aorte. On imiterait ainsi le traitement institué par M. Nélaton dans deux cas d'anévrysme de l'artère fessière, traitement que j'ai également appliqué pour un cas analogue qui m'est personnel.

S'il fallait à tout prix intervenir à main armée, il faudrait commencer par faire la ligature des deux artères hypogastriques, mais c'est là une opération tellement redoutable qu'elle peut faire reculer.

M. GIRALDÈS. Pour qu'une injection de perchlorure de fer soit efficace et inoffensive, il faut qu'elle soit poussée dans une cavité vasculaire; or, il sera singulièrement difficile de faire tomber les points du trocart dans l'un des vaisseaux, d'autant plus que la compression de l'aorte, recommandée par M. Legouest comme moyen préalable, diminuera l'ondée sanguine, et par conséquent les vaisseaux seront moins distendus et moins volumineux. Si l'injection est poussée dans le tissu cellulaire, non-seulement elle sera inefficace, mais elle produira un phlegmon qui pourra être dangereux.

J'adopterais plutôt le traitement par compression de l'aorte en faisant une compresssion alternée avec le compresseur de Lis.

Malgré les objections faites par M. Legouest, je pense néanmoins qu'on pourrait attaquer la tumeur avec le bistouri et se rendre maître de l'hémorrhagie. Pour les anévrysmes de l'artère fessière,

quelques chirurgiens ont ouvert la tumeur et lié l'artère ; on pourrait donc suivre ici une conduite analogue.

M. LEGOUEST. Il m'a paru qu'en un point les vaisseaux dilatés formaient une poche assez volumineuse pour que l'injection puisse être tentée en toute sécurité. Je persiste à croire que toute opération faite avec le bistouri exposerait à une hémorrhagie qu'on ne pourrait peut-être pas arrêter.

M. PANAS. Je vois des difficultés partout. Les injections faites l'ont été dans des vaisseaux superficiels, mais aujourd'hui les vaisseaux à injecter sont profonds et impossibles à atteindre avec sécurité.

Les injections superficielles ont été suivies de suintement sanguin ; si on injectait actuellement par le rectum, on s'exposerait à une hémorrhagie rectale ; de plus, l'injection serait très-difficile. La compression de l'aorte est utile pour la guérison d'une poche anévrysmale, mais cette compression sera-t-elle utile pour un anévrysme cirsoïde? Ici les tuniques des vaisseaux sont normales et peut-être le sang ne se coagulerait pas. J'essayerai pourtant la compression de l'aorte, parce qu'elle me paraît exempte de tout danger.

Je recule devant le danger qui, à mon avis, accompagnerait la ligature de deux artères hypogastriques.

Que faire si la compression de l'aorte échoue?

Je suis embarrassé et inquiet, parce que la malade est menacée par des hémorrhagies artérielles graves.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 12 JUILLET.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux* ; — L'*Union médicale* ; — La *Gazette*

hebdomadaire; — La *Gazette médicale de Strasbourg;* — Le *Marseille médical;*

Le Compte rendu de la Société des sciences médicales de Gannat pour l'année 1869-1870, par le docteur Challier, secrétaire.

— M. le docteur Champenois, membre correspondant depuis 1867, s'inscrit par lettre sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

LECTURE

M. le docteur LEDENTU lit la dernière partie de son mémoire sur les résultats des plaies de guerre. (Commissaires : MM. A. Guérin, Lefort, Verneuil.)

M. le docteur M. RAYNAUD lit une observation d'anévrysme de l'artère crurale dans un moignon d'amputation; il présente la pièce anatomique à l'appui. (Commissaires : MM. Sée, Cruveilhier et Després.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Suture des paupières comme traitement préventif de l'ectropion. — M. VERNEUIL présente un malade auquel, après avoir enlevé un épithélioma de la paupière inférieure, il a fait la suture des paupières par le procédé de Mirault (d'Angers) afin de prévenir l'ectropion. Un point de suture est encore en place aujourd'hui, six semaines après l'opération, et il tient bien. M. Verneuil espère que, grâce à l'action du releveur de la paupière supérieure transmise à la peau de la joue qui remplace la paupière inférieure, cette peau parviendra à se fixer là où elle a été amenée. Il compte revenir sur ce fait dans la prochaine séance.

M. LE FORT. Je crains que le résultat ne soit pas aussi bon que l'espère M. Verneuil. J'ai fait sur un malade la suture des paupières pour éviter l'ectropion. Il s'agissait d'un individu qui avait eu une perte de substance étendue des deux paupières par suite d'une pustule maligne.

Quand j'ai enlevé les fils de la suture, l'ectropion s'est produit; alors j'ai décollé la peau avec les muscles de la joue, que je destinais à la formation des paupières, et j'ai fait de nouveau la suture. Je n'ai pu voir la fin de ce fait.

M. GIRAUD-TEULON. En voyant le malade, je pensai que la joue avait été décollée des os, car c'est à mon avis le moyen le plus sûr d'être à l'abri d'un ectropion. C'eût été une application du procédé

de von Grœffe pour l'opération de l'ectropion par glissement des parties molles, procédé qui est d'ailleurs excellent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Corps fibreux de l'utérus. — M. DEPAUL présente un fait destiné à montrer que les corps fibreux de l'utérus ont une influence capable de troubler les phénomènes vitaux de l'accouchement.

Une femme, dit-il, m'est envoyée à l'hôpital par un médecin de la ville, le docteur Piogey, le 26 du mois dernier. Cette malade, suivant le confrère, ne pouvait accoucher à cause de corps fibreux qui entravaient le travail. Cette malade, âgée de 32 ans, avait fait, il y a deux ans et demi, une fausse couche de deux mois; elle était, à son entrée à l'hôpital, arrivée à terme, la grossesse s'était bien passée. Le 20, les douleurs étaient apparues; depuis six jours donc le travail était commencé.

Je cherchai s'il y avait eu des interruptions dans les douleurs; la malade me répondit que ses douleurs avaient toujours été fréquentes, qu'elles n'avaient cessé ni nuit ni jour, et qu'elle n'avait point eu de repos. Le faciès était fatigué, la peau était brûlante, sèche, il y avait 120 pulsations; le ventre était sensible, et à ce moment il devint évident qu'un commencement de péritonite existait.

J'examinai : l'excavation était libre jusqu'au détroit supérieur, où il n'y avait point de partie fœtale engagée. Il n'y avait pas d'obstacle dû à une tumeur du col. Celui-ci était peu dilaté et n'offrait pas un diamètre d'une dimension supérieure à celle d'une pièce de 1 franc. Il était effacé.

Par le palper abdominal, difficile à cause des douleurs, je sentis, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur grosse comme une mandarine, adhérente à l'utérus, et probablement sessile. Cette petite tumeur n'expliquait pas un travail aussi long; je cherchai ailleurs; je trouvai alors dans le flanc gauche une tumeur, que je crus pouvoir diagnostiquer un corps fibreux plus volumineux que la précédente tumeur, et qui me paraissait exactement appliquée contre l'utérus.

L'enfant était mort, ainsi que l'avait prouvé l'auscultation.

Je ne crus point devoir intervenir chirurgicalement. J'appliquai de la belladone sur le col; la malade prit un bain et on lui fit des frictions sur le ventre avec une pommade belladonée. Je revins le soir et je remis au lendemain l'accouchement. La femme a continué à se plaindre et à souffrir. L'exploration m'apprit, le matin, que le

col était entièrement dilaté et que le fœtus se présentait par le pelvis. Comme l'enfant était mort, j'eus recours au crochet; je fis alors l'usage habituel de cet instrument que j'appliquai dans l'aine, et l'enfant fut extrait. Après avoir délivré, je trouvai le ventre souple; mais en touchant, je sentis à côté du col béant, mou, quelque chose de gros un peu enfoncé dans l'excavation, et je dis : c'est le corps fibreux. La malade fut couchée. Mais la péritonite ou plutôt la métropéritonite suivit son cours; je donnai du sulfate de quinine, le pouls tomba à 80, mais le mal reprit sa marche grave; je cessai le sulfate de quinine, et la malade mourut.

Je trouvai à l'autopsie une péritonite généralisée et les tumeurs fibreuses que je présente à la Société. Voici une tumeur située sur la face antérieure de l'utérus, à la partie supérieure; c'est celle que j'avais bien sentie; deux autres plus petits corps fibreux, et enfin à gauche, près du col, un gros corps fibreux, un peu pédiculé. Cette tumeur volumineuse pouvait être sentie par le palper abdominal.

Je ne puis expliquer ici la lenteur du travail par l'obstacle mécanique, mais je trouve la vérification d'une proposition que j'avais avancée lors de la discussion qui a eu lieu dans notre Société. Bien que je n'aie pas vu souffrir pendant sept jours, bien que je n'aie point vu d'accouchements aussi longs dans des cas analogues, j'ai vu néanmoins des faits de ce genre; et j'ai déjà dit que la présence d'un corps fibreux interrompant des fibres musculaires de l'utérus, la fonction contractile était singulièrement entravée. Cela se conçoit facilement pour les corps fibreux interstitiels, et cela n'est pas impossible pour les corps fibreux pédiculés. Le gros corps fibreux que vous voyez sur cette pièce est pédiculé; cependant, je crois qu'il n'y a ici qu'une apparence, et pendant le travail, ce corps pouvait n'être pas pédiculé. De même qu'on a vu des corps fibreux sous-muqueux être énucléés pendant le retrait de l'utérus, de même, dans les mêmes conditions, un corps fibreux interstitiel peut devenir sous-péritonéal et se pédiculer.

La longueur du travail, la lenteur de la dilatation du col et les douleurs insolites ont une cause : il faut tenir compte du trouble que cause un corps fibreux, car il est incontestable qu'il influence les contractions utérines; la présentation par le pelvis n'était pas suffisante pour expliquer la longueur du travail. J'admets d'ailleurs que le corps fibreux ait pu être pédiculé avant le travail, mais, dans ce cas, on sait qu'il peut s'appliquer sur l'utérus et gêner sa contraction, comme le ferait un kyste de l'ovaire ou la rétention d'urine.

Monstre uromèle. — M. DEPAUL présente une pièce qui lui a été envoyée de province sans détails.

Ce monstre a un pied, une jambe, une cuisse, une partie d'abdomen avec des intestins, un rudiment de poitrine, une base de crâne avec une oreille.

D'après la classification de J. Geoffroy Saint-Hilaire, ce monstre est, suivant le présentateur, un fait rentrant dans le deuxième genre du groupe des monstres syméliens, c'est-à-dire un monstre uromèle.

M. Depaul croit qu'il s'agit ici d'une espèce d'avorton ou d'une grossesse double, ce que l'on saura plus tard, quand d'autres renseignements seront parvenus.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

SÉANCE DU 19 JUILLET.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*.

— L'*Union médicale*.

— Le *Bulletin de thérapeutique*.

— Les *Archives générales de médecine*, nos d'avril, mai, juin 1871.

— *Rapport général sur le service médical pendant le siége de Paris*, par le docteur Sandras.

— *De la résection sous-périostée du vomer appliquée à la cure du bec-de-lièvre bilatéral, compliqué de saillie des os intermaxillaires*, par M. Mirault (d'Angers).

— *Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique*. 1870, nos 6 à 11. 1871, nos 1 à 5.

— *Mémoires couronnés par l'Académie de médecine de Belgique*, 3e fascicule, 1870.

— M. Dolbeau remet, de la part de M. le docteur Castelain (de Lille), des travaux imprimés et manuscrits : *De la luxation traumatique de la phalange unguéale du gros orteil. — Phlegmasie et abcès sous le muscle sterno-mastoïdien. — De l'hématome du pavillon de l'oreille. — De la réduction en masse des hernies.* — Ce dernier travail, manuscrit, est renvoyé à une commission composée de MM. Dolbeau, Le Fort et Boinet.

M. DEPAUL, à propos du procès-verbal, donne les détails qui lui sont parvenus sur le monstre uromèle qu'il a présenté dans la dernière séance. La femme qui a porté ce monstre était âgée de 22 ans, et primipare; elle était accouchée à 6 mois. Le monstre était sorti le premier et avait été suivi d'un frère bien conformé, non viable et qui a vécu quelques minutes. Les deux enfants, dit la lettre adressée à M. Depaul, étaient dans un *même placenta bilobé*, ce qui signifie qu'il n'y avait qu'un placenta et qu'une poche amniotique.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fistule vésico-vaginale. — Discussion. — M. CAZIN présente à la Société une malade atteinte de fistule vésico-vaginale avec rétrécissement très-étroit de la vulve et oblitération de l'urèthre ; il demande à la Société de chirurgie quelle est la conduite chirurgicale qu'il doit tenir.

M. BOINET pense que, puisque le vagin est déjà en partie oblitéré, ce serait peut-être le cas d'appliquer le procédé de traitement de Vidal de Cassis : l'oblitération du vagin; seulement, comme l'urèthre est oblitéré, il faudrait d'abord rétablir le cours de l'urine en dilatant l'urèthre.

M. LE FORT. On ignore quelle est l'étendue de la fistule, et il y a à craindre que la paroi antérieure du vagin et peut-être du col de l'utérus manquent. En présence de ce doute, je ne chercherais pas à dilater le vagin ; j'oblitérerais le vagin par l'opération de Vidal de Cassis et je rétablirais l'urèthre.

M. BLOT. Il est difficile de donner un conseil avant de savoir quelle est l'étendue de la fistule. Avant de prendre la détermination d'oblitérer définitivement le vagin, ce qui est une grosse affaire pour une jeune femme, j'inciserais l'orifice rétréci du vagin et je dilaterais pour explorer et voir quel est l'état de la fistule, et ensuite on pourrait voir à prendre un parti.

M. LABBÉ appuie ce que vient de dire M. Blot. Il proposerait de rétablir le vagin par des incisions multiples et la dilatation, et de se conduire ensuite comme le pense M. Blot.

M. VERNEUIL. J'ai fait un examen de la malade que je regarde comme incomplet ; mais, en touchant par le rectum, j'ai pu constater qu'il y avait une grande quantité de tissu inodulaire; cela peut faire supposer qu'il y a une large perte de substance et une grande fistule.

Je ne crois pas que l'urèthre soit oblitéré. On pourra retrouver le chemin de la vessie et au besoin créer un nouvel urèthre, par une méthode opératoire connue depuis Saucerotte; on pourra ensuite pratiquer l'occlusion du vagin. Il n'y aura pas à s'inquiéter des règles, elles passeront par l'urèthre.

J'ai déjà pratiqué trois fois l'occlusion du vagin pour des fistules vésico-vaginales. Dans un premier cas, il y avait une fistule large avec un vagin rétréci, et où il n'y avait pas l'étoffe nécessaire pour fermer la fistule. J'ai pratiqué l'occlusion; cela a été fort difficile; j'ai dû faire huit ou dix opérations successives; néanmoins, à la longue, l'oblitération a été complète. Dans le second cas, j'ai fait douze points de suture qui on tous tenu, excepté un. Le petit orifice, qui a persisté, a nécessité l'emploi de toutes sortes de sutures et de cautérisations. On ne saurait croire combien il est difficile de fermer même un de ces pertuis, que l'on voit à peine. J'ai mis trois mois à obtenir l'oblitération définitive. La malade est retournée dans son pays, où elle eut des relations avec son mari. La barrière a cédé, le vagin a été rétabli et avec lui les inconvénients de la fistule. Dans un troisième cas, j'ai fait une suture irréprochable, mais j'ai eu un échec complet. Ces faits montrent que l'oblitération du vagin offre des difficultés avec lesquelles ont doit compter.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. CAZIN montre une pièce provenant d'un malade auquel il a réséqué une portion de l'humérus nécrosé dans un moignon d'amputation. Il lit l'observation à l'appui. (Commissaires : MM. Giraldès, Houel, Després.)

Fracture spontanée. — M. HORTELOUP présente une pièce relative à une fracture spontanée du tibia, consécutive à une ostéomyélite, avec observation à l'appui.

G..., caporal, a été blessé, rue Beautreillis, le 25 mai 1871. Ce soldat était à genoux, faisant le coup de feu, lorsqu'il ressentit un violent coup à la jambe gauche. Il se rendit à l'ambulance située à une centaine de mètres, et après avoir été pansé il put aller rechercher son sac. Il resta 14 jours dans une ambulance située rue Saint-Pierre; on lui mettait des cataplasmes sur sa plaie, qui, ne le faisant point souffrir, ne l'empêchait pas de marcher.

Le 8 juin, il fut évacué sur l'hôpital Saint-Antoine, où il entra à la salle Saint-Barnabé; l'interne de service constata une plaie située un peu au-dessus du tiers inférieur de la jambe; elle avait la dimension d'une pièce de cinq francs, et s'étendait sur la face interne du tibia, qui était à nu; en arrière de cette plaie, à 5 ou 6 centimètres, se trouvait un petit trou rond, orifice de sortie de la balle.

A cette époque, l'hôpital était emcombré de malades; l'interne de service était seul pour soigner une centaine de malades; aussi, après avoir constaté l'aspect simple de la plaie, il se contenta de faire faire un pansement simple.

Lorsque je pris ce service, le 25 juin, je trouvai que la plaie avait un aspect grisâtre, était un peu douloureuse; quoique le malade ne marchât plus, il y avait de l'empâtement de la région, un peu d'œdème du pied, qui fut combattu par de la compression méthodique.

Le 25 juin, je fus obligé de faire un débridement de l'ouverture de sortie de la balle, et une contre-ouverture que réclamait un décollement assez étendu. Par suite du changement que l'autorité militaire fit exécuter dans le classement des blessés, je restai 48 heures sans voir ce malade; lorsque je le retrouvai, dans un pavillon, annexe de l'hôpital, le mal avait beaucoup empiré.

La plaie, située sur la face du tibia, était blafarde, œdématiée, et présentait cet aspect des abcès osseux profonds; l'articulation tibio-tarsienne était gonflée. En introduisant un stylet, on arrivait jusqu'au bord interne du tendon d Achille, où je pratiquai une large ouverture; je fis, au niveau de la plaie formée par l'entrée de la balle, une incision qui arriva jusqu'au tibia. Le pied et la jambe furent comprimés.

Les jours suivants, la plaie est grisâtre, sanguinolente; le pus est excessivement abondant, il n'est pas lié, et est rempli de gouttelettes huileuses.

La compression est continuée, mais la plaie est couverte de poudre de camphre.

Le 10 juillet, l'état général du malade est mauvais, l'amaigrissement a fait des progrès, la suppuration est toujours très-abondante; de nouveaux clapiers se sont formés, et ils ont exigé des incisions. La plaie primitive, située sur le tibia, a beaucoup augmenté ; elle est sèche et noirâtre, et le pus est comme de l'huile.

Malgré cet état grave, le malade ne souffre pas beaucoup ; il ne se plaint que de l'application du camphre; il peut dormir.

Le 14 juillet, en défaisant son pansement, je m'aperçois que le tibia est fracturé et que le malade n'en a eu aucun soupçon.

En présence d'une pareille lésion et profitant de ce que le malade n'avait pas eu de frisson, je lui proposai l'amputation de la jambe, qui fut pratiquée le 17 juillet.

J'ai beaucoup hésité à pratiquer l'amputation de la jambe à cause de la lésion du tibia ; mais les résultats des amputations de cuisse sont si détestables, que je préférai me rendre compte de l'état du bout supérieur du tibia; si le tibia était malade, je serais remonté jusqu'au fémur; mais aussi, pour éviter de laisser du canal médullaire, je portai la scie jusqu'aux tubérosités du tibia.

En faisant l'ouverture du membre, voici ce que nous pûmes constater :

Tout le périoste de l'extrémité inférieure est décollé par de la suppuration; la surface osseuse est inégale, enflammée; l'articulation tibio-tarsienne est remplie de pus, mais la synoviale est intacte; ce ne sont donc pas les foyers purulents du voisinage qui l'ont enflammée. Son ouverture montre en effet que la surface articulaire du tibia est malade; il n'existe plus de cartilage articulaire et on aperçoit une petite ouverture qui permet de pénétrer, avec une sonde en gomme-élastique, dans le canal médullaire.

Un trait de scie, porté longitudinalement sur les deux fragments inférieur et supérieur du tibia, permet de constater l'état du canal médullaire.

Toute la portion supérieure est à peu près normale; l'os a sa consistance normale; il est un peu plus injecté que d'ordinaire, et la moelle est rouge dans sa moitié inférieure; mais il n'y a pas de pus au niveau de l'extrémité du fragment.

La partie inférieure du tibia est au contraire très-malade, elle est friable, elle se laisse écraser avec le scapel; le tissu osseux est raréfié, lamelleux; le canal médullaire est rempli de pus, et on retrouve dans le tissu du fragment inférieur le bout de sonde que l'on faisait pénétrer par l'ouverture de l'articulation.

En résumé, ce jeune soldat a reçu une balle qui a effleuré la face

interne du tibia sans le casser, puisqu'il a pu marcher pendant plusieurs jours. Quinze jours après la blessure, survinrent des accidents de périostite, d'ostéo-myélite, d'arthrite tibio-tarsienne, qui amenèrent la rupture spontanée du tibia.

Les faits de fracture spontanée dans les abcès sous-périostiques et dans l'ostéo-myélite doivent être excessivement rares, car je n'ai pu en trouver d'exemple dans les recherches que j'ai faites.

Cette observation présente, en outre, plusieurs points assez particuliers : ainsi ce malade n'a jamais eu les douleurs très-vives signalées dans les abcès sous-périostiques, et il a eu si peu conscience du moment de sa fracture, qu'il ne voulait pas y croire lorsque nous la lui annonçâmes.

En outre, l'articulation envahie n'a pas été, comme d'habitude, l'articulation située au-dessus de la lésion, mais celle qui est située au-dessous; la marche de l'ostéo-myélite n'a pas été ascendante, mais bien descendante. Si nous avions pu nous en assurer avant l'amputation, nous aurions pu porter la scie au lieu de l'élection et ne pas remonter jusqu'aux tubérosités du tibia; mais malheureusement il était impossible de le savoir.

M. CHASSAIGNAC. C'est là un fait exceptionnel, mais c'est un cas de fracture causée par la nécrose de l'os. On voit sur la pièce le point où la couche granuleuse a opéré la séparation de l'os sain de la portion du tibia nécrosée. Je remarque encore ce fait important: c'est que, malgré l'âge du sujet, qui avait dépassé 25 ans, le pus de l'abcès intra-osseux s'est fait jour dans l'articulation tibio-tarsienne à travers les surfaces articulaires, comme cela est observé chez les jeunes sujets, dont les épiphyses ne sont pas encore soudées. Je n'aurais pas amputé si haut que l'a fait M. Horteloup. L'os offre un exemple d'hypérostose dans toute sa moitié supérieure, et, ainsi que cela est démontré, si l'on avait coupé l'os dans ces points, les chances d'inflammation eussent été moins redoutables que s'il se fût agi d'un os tout à fait sain. M. Chassaignac ajoute qu'il est rare de voir l'ostéo-myélite se développer à la suite de la périostite, ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas particulier. Si l'ostéo-myélite avait été le début des accidents, le malade aurait présenté un cortége de symptômes plus graves que ceux qui ont été observés.

La séance est levée à 5 heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1871.

Présidence de M. BLOT.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — L'*Art dentaire*.

LECTURES

M. NOTTA (de Lisieux) lit deux observations de tumeurs du maxillaire inférieur, avec résection.

Tumeurs du maxillaire inférieur. — Résection. — Obs. I. — Rose-Justine A..., de Capelles-les-Grands, canton de Broglie, entre à l'hôpital de Lisieux le 30 juin 1870. Cette femme, âgée de 32 ans, est habituellement d'une bonne santé. Sa mère existe encore, et son père est mort, à 61 ans, d'une maladie du cœur. Elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une perte et une phlébite à la suite de ses couches, il y a cinq ans.

Il y a quatre mois, en mangeant, elle ressent de la douleur dans l'articulation temporo-maxillaire droite. Elle y porte la main, et trouve à ce niveau, pour la première fois, une petite grosseur du volume d'une noisette. Cette grosseur ne roulait pas sous le doigt et paraissait adhérente à l'os. Depuis, elle augmenta de volume d'une façon graduelle sans causer de douleur.

Depuis un mois seulement la malade y ressent des élancements.

30 juin. *État actuel.* Sujet maigre, ayant l'apparence d'une bonne santé. N'a pas maigri dans ces derniers temps. Pas d'engorgement ganglionnaire au cou. Au côte droit de la face, existe une tumeur du volume d'un œuf, située sur la branche montante du maxillaire inférieur, qu'elle recouvre en totalité, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire.

Cette tumeur est dure, ne présente ni fluctuation, ni bosselure, ni changement de couleur à la peau, à laquelle elle n'adhère pas.

Elle est intimement unie à l'os avec lequel elle se confond. Le palper ne fait pas découvrir à sa surface de minces lamelles osseuses. A sa partie supérieure seulement, dans un point circonscrit, elle est douloureuse à la pression.

Il n'y a pas de dents cariées à la mâchoire inférieure au niveau de la tumeur; elles sont très-solides et très-adhérentes; les mouvements de la mâchoire sont libres et la malade peut manger du pain du côté malade. La tumeur ne fait aucune saillie à la face interne du maxillaire.

1er juillet. La malade est chloroformisée. Deux incisions horizontales et parallèles, comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à la tumeur, sont pratiquées; l'une, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, longe l'arcade zygomatique; l'autre, partant de l'angle de la mâchoire, longe le bord inférieur de cet os.

Ces deux incisions sont réunies, au niveau de leur extrémité postérieure, par une incision verticale longeant le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Ce lambeau quadrilatère est disséqué et la tumeur mise à nu. La première grosse molaire est arrachée et la scie à chaîne passée au devant de la seconde molaire. Le maxillaire est scié à ce niveau, à l'extrémité inférieure de la branche montante, qui est alors saisie avec un davier, et en même temps, avec une rugine d'Ollier, on détache le périoste de la face interne de l'os. Avec une pince de Liston, je coupe l'apophyse coronoïde; puis, brisant l'os qui se rompt au-dessous du col du condyle, je le détache du ptérygoïdien externe. Un grand nombre de ligatures sont placées sur toutes les artères qui donnent, puis la plaie est réunie par des points de suture entortillés.

Le 7 juillet, la réunion par première intention est complète, excepté à l'angle inférieur de la plaie, dans l'étendue nécessaire pour le passage d'un drain par lequel s'écoule la suppuration. Ce drain est supprimé, et la malade se lève quelques heures dans le jour.

Le 20 juillet, elle sort guérie de l'hôpital. Deux mois après elle revint me voir. Il y a un commencement de récidive.

A la fin d'avril 1871, la tumeur a pris un développement énorme; les ganglions du cou sont engorgés, la malade éprouve les plus grandes difficultés pour se nourrir. Elle est considérablement amaigrie; il est évident qu'elle ne tardera pas à succomber.

Examen de la tumeur. — La tumeur a le volume d'un œuf de poule. Développée à la face externe de la branche montante du

maxillaire, dont le tissu est vascularisé et ramolli, surtout au niveau du col, cette tumeur est formée d'un tissu amorphe d'un gris blanchâtre, et renfermant çà et là, dans son épaisseur, quelques grains osseux qui crient sous le scalpel, et que l'on sent très-bien en grattant la surface de section. La pression ne fait écouler aucun suc lactescent de la tumeur.

La marche de cette tumeur ne laisse aucun doute sur sa nature. C'est évidemment un cancer de l'os à marche aiguë; et, sous ce rapport, elle n'offre pas de particularité bien notable; aussi n'avais-je pas eu tout d'abord l'intention de la présenter à la Société; mais la comparaison de cette observation avec la suivante pourra donner lieu à certaines considérations qui, au point de vue clinique, ne seront peut-être pas dépourvues d'intérêt.

Obs. II. La nommée A..., de Tiberville, âgée de 48 ans entre à l'hôpital de Lisieux le 30 juin 1871.

Cette femme, d'une bonne constitution, bien réglée, n'a jamais fait de maladie grave. Elle n'est pas sujette à avoir des fluxions dentaires. Elle ne peut nous donner aucun renseignement sur l'évolution des dents de la seconde dentition.

Il y a trois mois, pour la première fois, elle remarqua un peu de gonflement de la mâchoire inférieure, à droite. Ce gonflement, qui n'était pas douloureux, augmenta insensiblement.

Il y a un mois seulement, elle commença à y ressentir quelques douleurs. Huit jours après elle consulta un médecin qui lui arracha deux dents cariées situées au niveau de la tumeur. Elle n'éprouva pas de soulagement. La tumeur continue à grossir et devient le siége de douleurs continuelles, plus vives la nuit que le jour.

Le 20 juin, je vis la malade pour la première fois, et je lui prescrivis deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 30 juin, la tumeur ayant augmenté de volume d'une façon très-notable depuis le 20, la malade se décide à entrer dans mon service; elle est dans l'état suivant :

Vers le milieu de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, du côté droit, on observe une tumeur du volume d'une noix, dure, non fluctuante, à surface lisse, ne donnant pas la sensation de lamelles osseuses amincies, adhérente à l'os dont elle occupe toute la hauteur, indolente à la pression. Elle est le siége de douleurs continuelles, que la malade compare à un sentiment de brûlure, accompagné parfois d'élancements très-marqués.

La malade éprouve sur la moitié droite de la lèvre inférieure et du menton un sentiment d'engourdissement douloureux qui s'arrête juste sur la ligne médiane, particularité remarquable et qui ne saurait être attribuée qu'à l'altération du nerf maxillaire par la tumeur. La peau a sa coloration normale et n'adhère pas à la tumeur. A la face interne du maxillaire, dans le point correspondant au centre de la tumeur que nous venons de décrire, on trouve une petite tumeur du volume d'un noyau de cerise, adhérente à l'os, ayant tous les mêmes caractères physiques que la précédente. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 1er juillet, la malade est opérée assise dans un fauteuil. J'arrache préalablement la dent de sagesse, qui est située en arrière de la tumeur, et l'incisive externe, qui est très-saine, ayant l'intention de faire passer les deux traits de scie par les alvéoles de ces deux dents. Cela fait, on l'endort avec le chloroforme ; puis la résection de la moitié droite de la portion horizontale de la mâchoire est pratiquée par le procédé de Lisfranc. Le lambeau est réuni par des points de suture entortillés. La réunion a lieu par première intention, et la malade sort de l'hôpital le 14 juillet, guérie, sauf deux points de suture qui suppurent encore un peu.

La portion de mâchoire réséquée mesure, sur sa face interne, une longueur de 4 centimètres, et sur sa face externe une longueur de 5 centimètres. Les traits de scie ont passé à 2 ou 3 millimètres des extrémités de la tumeur. On lui retrouve tous les caractères que nous avions constatés avant l'opération. Il en est de même de la petite tumeur située au centre de la face interne de l'os réséqué. Après avoir divisé l'os de haut en bas et d'avant en arrière par un trait de scie qui suit la direction du canal dentaire, on trouve, au centre de la tumeur, une première petite molaire recouverte d'une coque osseuse, à la surface externe de laquelle s'implantent perpendiculairement les fibres de la tumeur, qui paraît être de nature fibreuse.

Cette tumeur s'est creusé une loge anfractueuse dans l'épaisseur de l'os maxillaire ; puis, détruisant le tissu osseux, elle est venue s'épanouir au dehors. Elle présente à la coupe un tissu blanchâtre dépourvu de vaisseaux, ne laissant échapper, par la pression, aucun liquide.

Cette tumeur, qui a pour point de départ la première petite molaire, qui n'a pas subi son évolution, a été décrite par M. Forget sous le nom de tumeur dentaire, et par M. Broca sous le nom d'odontome. Elle paraît être de nature fibreuse et peut être rangée

dans la catégorie des tumeurs bénignes, c'est-à-dire que la malade n'est point exposée à la récidive. Et cependant qu'il me soit permis d'insister sur ce point. La rapidité de son développement (elle ne date que de trois mois), les douleurs lancinantes dont elle était le siége, pouvaient nous faire craindre l'existence d'une tumeur cancéreuse semblable à celle qui fait l'objet de la première observation; car, entre ces deux espèces de tumeurs, il n'existe au début aucun caractère différentiel. Nous avons de part et d'autre une tumeur lisse, adhérente à l'os, dure, non fluctuente, indolente à la pression, sans engorgement ganglionnaire, à développement subit et rapide.

Ce n'est qu'ultérieurement que la marche fatale de l'affection cancéreuse révèle toute la gravité du mal. Cette crainte d'avoir affaire à une tumeur de mauvaise nature m'a déterminé à enlever largement la portion de mâchoire qui lui donnait naissance, et m'a empêché de tenter la conservation du bord inférieur de l'os maxillaire. Du reste, l'examen de la tumeur prouve que cette opération eût été hasardeuse, la destruction du maxillaire étant très-étendue dans certains points. Mais, dira-t-on, un examen minutieux des dents, un interrogatoire précis des antécédents auraient pu jeter quelque jour sur le diagnostic.

D'abord cette portion de mâchoire ne présentait plus aucune trace de dents au niveau de la tumeur; les deux qui existaient avaient été arrachées; ensuite il m'a été impossible de savoir si les petites molaires et la canine avaient remplacé régulièrement les dents correspondantes de la première dentition.

C'est donc d'après l'examen actuel de la tumeur que le diagnostic devait être porté.

Kystes des deux ovaires. — Ovariotomie double. — Mort.

M. PANAS. La malade qui fait l'objet de cette nouvelle communication a été opérée dans l'un des chalets de l'hôpital Saint-Louis, placée dès lors dans l'isolement le plus oomplet possible. Malheureusement, l'issue de l'opération a été funeste, ce qu'il faut attribuer aux complications graves propres à ce cas, et qu'il n'était pas possible de prévoir avant l'opération.

D... (Aline), 46 ans, entrée le 15 juin 1871, salle Sainte-Marthe, lit n° 13.

Pas de maladies antérieures, sinon quelques douleurs rhumatismales et des maux de reins. L'hiver dernier, à l'époque du siége, vomissements après chaque ingestion de nourriture, sans douleur

d'estomac. Ces vomissements étaient survenus à la suite d'un rhume. Ils ont disparu au mois de février dernier, époque du début *apparent* de la maladie actuelle. A ce moment, sans éprouver aucune douleur, la malade a senti son ventre grossir, tandis que le reste du corps subissait un amaigrissement notable. Aux mois de mars et avril, les règles ont été beaucoup plus abondantes que d'ordinaire ; depuis, elles sont venues régulièrement, mais la quantité de sang rejeté à chaque époque menstruelle était moins considérable qu'avant le début du mal.

Depuis environ deux mois, l'accroissement du ventre a été plus rapide, et de l'œdème s'est montré aux membres inférieurs.

A l'entrée à l'hôpital, on constate un amaigrissement prononcé de la figure, des bras et de la partie supérieure du tronc. Les jambes, de volume normal, sont œdématiées jusqu'à leur partie moyenne. L'œdème diminue sans disparaître entièrement par la position horizontale, il est douloureux à la pression. Malgré l'amaigrissement, l'état général est assez bon.

Rien du côté des voies digestives et respiratoires, si ce n'est un peu de douleur stomacale et d'oppression après avoir mangé.

Le pouls est à 92 le soir; la température axillaire à 37°,8.

Le cœur est normal; on ne trouve dans les urines ni sucre, ni albumine.

L'examen direct de l'abdomen permet de constater qu'il est très-développé, qu'il déborde en avant et sur les côtés la base du thorax; que l'ombilic est très-saillant. Il mesure, à l'ombilic, 105 centimètres de circonférence; 85 au niveau des fausses côtes; 102 au milieu de l'intervalle qui sépare les cuisses de l'ombilic.

La surface de l'abdomen est couverte de vergetures, et des veines bleuâtres, disséminées d'une manière uniforme, se voient par transparence à travers la peau. Au palper, on trouve la pression douloureuse dans les hypochondres.

La matité remonte jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic; elle ne se déplace pas d'une manière sensible avec la position. Il y a de la sonorité dans les flancs et à l'épigastre. La fluctuation est très-nette dans tout l'abdomen. La percussion est douloureuse dans les deux hypochondres. Il n'y a pas de déformation de la région lombaire; pas de différence à la percussion des deux côtés.

En déprimant fortement la paroi abdominale antérieure, on arrive, après avoir refoulé une couche de liquide, sur une surface plus résistante, et l'on constate alors la présence d'une tumeur vo-

lumineuse divisée en plusieurs lobes. Elle s'élève en avant jusqu'au niveau de l'ombilic, remplit la fosse iliaque droite, l'hypogastre, et se prolonge dans une très-grande partie de la partie gauche. Une ponction explorative a montré que cette tumeur est liquide, et que le produit qu'elle renferme est de consistance gélatineuse.

Le toucher vaginal ne révèle rien de bien remarquable.

Le col utérin est largement ouvert, élevé à gauche, très-éloigné du doigt et porté en haut. La portion vaginale est presque nulle. Le degré de mobilité de l'utérus est difficile à constater à cause de l'éloignement. Le cul-de-sac vaginal postérieur est soulevé par du liquide.

Le diagnostic porté a été le suivant :

« Liquide ascitique dans le péritoine ;

« Kyste colloïde à plus d'une loge, ayant débuté probablement par l'ovaire droit ;

« Peu ou point d'adhérences avec les parois abdominales, ainsi que le prouve le liquide ascitique interposé. »

L'opération fut pratiquée le 20 *juin au matin*, de la manière suivante :

Incision médiane, et couche par couche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Ligature, chemin faisant, de deux petits vaisseaux des parois ; toute petite ouverture du péritoine, qui, à notre grand étonnement, au lieu de *sérosité* péritonéale, laisse échapper un flocon gélatineux, comme si nous avions déjà ouvert le kyste. Cette petite ouverture agrandie, il devient aisé de constater que le kyste n'est pas entamé, et l'on voit s'écouler alors des grumeaux gélatineux comme précédemment, mêlés d'une quantité abondante de sérosité péritonéale pure. En un mot, la cavité péritonéale contenait non-seulement de la sérosité, comme nous l'avions pensé, mais aussi une quantité notable de matière calloïde, identique à celle contenue dans le kyste.

Comment cette matière avait-elle passé spontanément du kyste dans le péritoine? C'est ce que va nous expliquer la suite de l'opération.

La main, introduite largement entre la tumeur et les parois, permet de s'assurer, en effet, qu'aucune adhérence n'existe entre ces partis, ni avec les viscères contenus dans l'abdomen, bien que la tumeur remonte sous les fausses côtes. Par contre, il devient facile de s'assurer que la tumeur kystique offre sur plusieurs points de sa surface des *trous ronds*, larges de quoi y loger le pouce, d'où la

matière gélatineuse du kyste jaillissait librement dans la cavité du périloine.

Nous avions donc affaire ici à une espèce particulière de kyste, qu'on pourrait appeler *dehiscent,* puisque plusieurs des loges qui la composaient s'étaient ouvertes spontanément dans le péritoine, à un moment donné de leur évolution. Il se pourrait même que la sérosité péritonéale qui s'y est mêlée fût d'une fermentation postérieure à l'épanchement du liquide gélatineux dans le péritoine.

Il est à noter que les parois du kyste étaient friables, et qu'en cherchant à attirer celui-ci au dehors on enfonçait les doigts dans l'espèce de *frai de grenouille,* très-gluant et très-tenace aux doigts, qui était contenu dans sa cavité.

Quoi qu'il en soit, la forme *ronde* et le *nombre* des trous excluent toute idée de rupture du kyste par contusion; bien certainement il s'agissait ici d'un phénomène d'ulcération par amincissement progressif des parois de la tumeur.

Une fois le kyste vidé en partie, nous pûmes l'attirer au dehors, pendant que notre excellent confrère M. Alphonse Guérin, qui a bien voulu nous prêter un concours éclairé, maintenait les intestins dans le ventre.

Voici ce que nous avons été à même de constater :

Le kyste appartient à l'*ovaire droit.* De *pédicule,* il n'y en a *point,* celui-ci étant constitué par tous les éléments du ligament large (trompe, ligament rond et ligament de l'ovaire), et la tumeur se trouvant en *contact* avec le bord latéral correspondant de l'utérus.

L'utérus lui-même était hypertrophié du double, son fond dépassant en haut les os du pubis.

Déjà, ce manque de pédicule était en soi une disposition fâcheuse; mais quel fut notre étonnement lorsque, en introduisant de nouveau la main dans le ventre, nous nous sommes trouvés en présence d'un *second kyste,* du volume de deux têtes d'adulte, *calloïde* comme le premier, et formé par l'*ovaire gauche!* Ce kyste, d'un développement sans doute postérieur à celui du côté droit, n'offrait, par cela même, aucun trou à la surface, mais, comme ce dernier, il était absolument *sessile.*

La largeur et la brièveté excessive des pédicules rendaient impossible l'application de deux *clamps* à la fois, et, de plus, il fallait s'assurer contre une hémorrhagie possible par les gros vaisseaux artériels et veineux contenus dans les ligaments larges, et qui côtoient, comme on sait, les bords latéraux de l'utérus. Pour atteindre ce but, nous avons procédé comme il suit :

Chaque ligament large fut traversé, vers le milieu de sa hauteur et aussi près que possible de l'utérus, par une aiguille légèrement courbe, armée d'un fil double, ce qui permit d'étreindre la base de chaque pédicule d'une double ligature, dont l'un des chefs fut coupé au ras, et l'autre ramené vers la plaie.

Cette ligature comprenait, bien entendu, la trompe, le ligament rond et le ligament de l'ovaire de chaque côté; aussi nous fallait-il serrer avec force pour étreindre toutes ses parties.

La ligature faite, nous appliquâmes du côté du gros kyste (côté droit) un clamp nikelisé Mathieu, entre la ligature et la base de la tumeur, tandis que, du côté gauche, nous nous contentâmes de maintenir le pédicule au niveau de la plaie, en embranchant celui-ci à l'aide d'une tige d'acier placée en travers.

Les deux tumeurs furent alors excisées, et les surfaces de section touchées légèrement avec du perchlorure de fer.

Après la toilette du péritoine, que nous avons rendue aussi complète que possible, cinq points de suture métallique profonde comprenant le péritoine, et autant de points superficiels, nous permirent de fermer *à peu près* complétement la plaie résultant de l'opération. Nous disons à peu près, attendu que le volume considérable des deux pédicules et la proximité du fond de l'utérus laissaient un hiatus entre ces parties et le point de suture le plus inférieur.

Une couche de collodion et plusieurs feuilles de ouate maintenues à l'aide d'un bandage de corps furent appliquées sur le ventre, après quoi la malade fut transportée dans son lit, préalablement chauffé et pourvu de bouteilles d'eau chaude.

La double ovariotomie avait duré une heure et demie. Voici maintenant quelles en furent les suites.

1er jour. — La malade réagit bien, se plaint de coliques dans le ventre, éprouve des vomissements chloroformiques et boit avec plaisir du champagne frappé avec de l'eau de Seltz. — Le soir, le pouls monte de 5 pulsations, mais la température reste normale. — Dans la nuit, peu de sommeil, malgré une potion laudanisée qui lui est prescrite. Les vômissements continuent et sont bilieux. La malade urine spontanément.

2e jour. — L'expression du visage est bonne; moins de vomissements, qui sont toujours verdâtres. — Le soir, le pouls est à 110 et la température s'élève d'un degré. Anxiété épigastrique, respiration accélérée. Comme elle supporte mal les liquides, on lui fait une injection hypodermique de *deux* centigrammes de morphine. On continue le champagne; mais la nuit a été mauvaise.

3e jour. — Face grippée; pouls à 120; respiration courte, accélérée; ventre ballonné; température, 39 degrés.

Prescription : Injection morphinée; frictions mercurielles belladonées et cataplasmes sur le ventre. L'alèze et les draps se trouvent mouillés par une grande quantité de sérosité roussâtre très-fétide, qui s'est écoulée par l'hiatus de la plaie abdominale; aussi les renouvelle-t-on, et l'on arrose les parties avec de l'alcool camphré.

4e jour. — Face hippocratique; sueurs froides sur tout le corps; stase des capillaires, et mort dans l'après-midi.

L'autopsie n'a pu être faite par suite de l'opposition de la famille; mais il est certain qu'on aurait trouvé là tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée. Il est à noter, à ce propos, que pendant l'opération nous avions trouvé, outre le liquide péritonéal épanché, un aspect légèrement tomenteux du péritoine, indice d'une légère péritonite antérieure à l'opération.

Cette observation est remarquable par la persistance des règles, alors que les deux ovaires étaient le siége de kystes volumineux. S'il persistait quelque parcelle du tissu de l'organe, elle devait être réduite à fort peu de chose, attendu qu'il ne nous a pas été donné d'en dévoiler l'existence au milieu de la masse morbide.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC. La ponction capillaire, qui a été faite, pourrait être la cause de la rupture des kystes et de la péritonite. D'autre part, je dois dire que je n'ai jamais observé de kystes déhiscents à la manière de celui dont parle M. Panas. Cependant j'ai vu, lorsque je traitais les kystes de l'ovaire par les tubes à drainage, des accidents survenir et qui me paraissaient devoir être attribués à l'usage du drain : il y avait une sorte de déhiscence du kyste. Les parois du kyste avaient subi une sorte d'exfoliation, et à leur place on ne trouvait plus qu'une légère couche de pus sur le péritoine. On peut prévenir ces accidents par les injections iodées, comme l'a observé M. Després dans un cas qui nous a été présenté ici, et qui a été suivi de guérison.

M. BLOT demande une explication : il voudrait savoir combien de temps après l'application du drain, M. Chassaignac a constaté la disparition des parois du kyste. Il lui semble que pour qu'un tel phénomène se produisît, il faudrait qu'il n'y eût qu'une portion du

kyste qui disparût, et cela dans un point où avaient existé des adhérences; et si tout le kyste disparaissait, il faudrait qu'il y eût eu des adhérences très-étendues.

M. CHASSAIGNAC. C'est 10 à 15 jours après l'opération que j'ai constaté la déhiscence des parois du kyste, et je dois dire que ce qui avait disparu ce n'était pas tout le kyste. J'ai vu des cas où les accidents apparaissaient immédiatement, j'ai renoncé à l'usage du drain et les malades ont guéri. Mais dans un cas, suivi rapidement de la mort, j'ai trouvé un kyste dont la plus grande partie était absente.

M. DESPRÉS. A l'occasion du fait qu'a rappelé M. Chassaignac, je dirai que le traitement des kystes de l'ovaire par la canule à demeure a été suivi d'accidents de gangrène dans les parois du kyste et de péritonite, et que l'on a trouvé des parois entières des kystes gangrenés. Des observations de ce genre m'ont été communiquées. Je n'hésite pas à faire rentrer les cas dont parle M. Chassaignac dans les faits de gangrène des parois des kystes ovariques.

Discussion sur la Blépharorrhaphie.

M. VERNEUIL. Je reviens sur un fait que j'ai soumis à la Société il y a quelque temps, et je veux communiquer à mes collègues une proposition relative au traitement de l'ectropion.

J'ai montré un homme âgé de 47 ans qui avait un épithélioma de la paupière inférieure; j'ai enlevé le mal, puis j'ai fait la suture des paupières, sans pratiquer d'autoplastie ni d'incisions libératrices. La perte de substance a été bien réparée ainsi que l'on a pu le voir lorsque j'ai présenté le malade, lequel était au vingt-sixième jour après l'opération. Je ne me fais point d'illusion cependant. Je crois que si je débridais les points où la réunion des paupières a été opérée, je verrais immédiatement apparaître un ectropion. Mais je me confie à l'action du muscle releveur de la paupière supérieure, qui par sa contraction tend sans cesse à attirer en haut le tissu épais qui remplace la paupière inférieure et en épuisera la rétractilité. Je présenterai ce malade dans trois mois, et à ce moment je pourrai demander s'il n'y aurait pas lieu d'appliquer le procédé de Warthon Jones contre l'ectropion simple, afin de prévenir la rétraction de la peau de la joue.

J'apporte ici le bilan des opérations de blépharorrhaphie que j'ai pratiquées et je poserai tout à l'heure ma conclusion :

Chez un premier malade qui avait un ectropion d'un seul œil, j'ai fait la suture des paupières. J'ai tenu l'ouverture palpébrale quatorze mois fermée. Le résultat était très-bon. J'ai revu le malade au bout de ce temps. J'ai désuni en partie les paupières en plusieurs fois. Mais immédiatement j'ai constaté une tendance à l'ectropion. J'ai laissé alors les paupières unies à la partie interne et il y a eu une ouverture ovoïde par laquelle le malade voyait. L'ouverture palpébrale se fermait, mais c'était bien juste. Ce fait m'avait confirmé dans cette opinion qu'il faut tenir les paupières longtemps fermées, et qu'il ne faut point les ouvrir en une seule fois, mais bien peu à peu et dans la proportion d'un demi-centimètre par chaque opération.

J'ai observé les mêmes phénomènes chez une dame atteinte d'une pustule maligne grave, qui avait été confiée à l'homœopathie et avait eu ensuite un ectropion double extrêmement étendu.

J'ai pratiqué la suture des paupières et j'ai ouvert plus tard l'orifice palpébral en partie, de façon à obtenir une ouverture arrondie ovoïde que la malade fermait à volonté et qui lui permettait de voir.

Dans un autre cas, j'ai fait la suture des paupières pour un ectropion double, résultant d'une ancienne brûlure de la moitié de la face et du crâne chez un épileptique qui était autrefois tombé dans le feu pendant un accès. Ce n'était point seulement pour remédier à une difformité que je m'étais décidé à l'opération.

Le malade avait encore un peu la notion vague de la lumière de l'œil du côté de l'ectropion, une ophthalmie sympathique menaçait l'autre œil; il y avait des douleurs vives. Aussitôt que la suture des paupières a été accomplie, toutes les douleurs ont cessé du côté sain, où se dessinaient déjà les signes d'une ophthalmie sympathique. Je n'ai point ouvert les paupières; le malade se trouvant bien s'y est refusé. Ce fait doit être signalé particulièrement, eu égard aux excellents résultats qui ont été obtenus pour prévenir la confirmation de l'ophthalmie sympathique menaçante.

Enfin j'ai opéré une jeune fille de Montereau qui avait un ectropion double consécutif à une vaste brûlure de la face. Cette malade souffrait de son œil, le froid et le vent lui causaient des douleurs vives; joignez à cela que le visage, beau à droite, était horrible à gauche, et que la coquetterie de la malade n'était pas moins pressante que les douleurs. J'ai pratiqué la blépharorrhaphie.

L'occlusion de l'œil a fait disparaître les douleurs et a rendu moins hideux l'aspect du visage du côté gauche. La malade s'est

trouvée satisfaite du résultat et n'a point voulu que je lui désunisse les paupières.

Ces faits m'autorisent à dire que la blépharorrhaphie est une opération avantageuse. Si l'on considère en effet les résultats de la blépharoplastie à lambeaux, on constate que l'opération n'est pas toujours innocente, qu'il y a à redouter les érysipèles, la gangrène du lambeau, que la réussite n'est point toujours assurée et que la suite même des bonnes opérations est un ou plusieurs bourrelets épais et peu gracieux autour de l'œil. Déjà l'on admet que dans les cas légers et peu graves d'ectropion, la blépharorrhaphie bien dirigée obtient des guérisons. Pour moi, il me paraît évident que dans ces cas la blépharorrhaphie doit être la méthode de choix. Pour les cas graves, je pense que cette opération doit être aussi préférée à la blépharoplastie, qui échoue à chaque instant. Je pense qu'il est meilleur de fermer par la suture les paupières pendant longtemps, de n'ouvrir ensuite qu'une partie de l'orifice palpébral, opération qui réussit facilement, plutôt que de recourir à la blépharoplastie à lambeaux.

M. GIRAUD-TEULON. Il y a plusieurs faits qui prouvent que le principe du traitement de l'ophthalmie sympathique par l'occlusion de l'œil primitivement malade, est depuis longtemps mis en application. Lorsqu'un œil est perdu, et quand il reste un peu de cornée, s'il y a des douleurs dans l'œil sain, on arrête ces douleurs en plaçant sur l'œil perdu un œil artificiel bien fait, qui empêche l'accès de la lumière dans le mauvais œil.

M. LE FORT. Je ne considère pas la blépharorrhaphie comme une opération curative. Pour preuve, je prends le deuxième fait de M. Verneuil, où notre collègue n'a pas osé désunir entièrement les paupières, parce que l'ectropion commençait déjà à se produire. Ce malade était dans les mêmes conditions que ceux que j'ai opérés et dont j'ai parlé à l'occasion de la communication de M. Verneuil il y a quelque temps. J'ajoute que quand la peau a très-facilement cédé, quand il n'y a pas eu une grande quantité de tissu de matière produite, c'est une raison pour que l'ectropion soit menaçant. En somme, je considère la blépharorrhaphie seulement comme une opération complémentaire.

M. VERNEUIL. Le différend est là. Je crois que la blépharorrhaphie, telle que je l'ai expliquée, est une opération suffisante ; M. Le Fort ne le croit pas.

C'est une question que je soumets à la Société de chirurgie en apportant le fruit de mon expérience. La blépharorrhaphie a rendu

des services évidents à mes malades. Je ne crois pas que la blépharoplastie en eût rendu de préférables. Les résultats merveilleux qu'obtient M. Denonvilliers sont des exceptions : on manque souvent ces opérations, et je n'ai jamais vu la suture des paupières échouer. J'ai pu donner une ouverture palpébrale irrégulière, il est vrai, mais utile à un de mes malades. Cela ne vaut-il pas mieux qu'une joue balafrée, à supposer que l'opération autoplastique que j'eusse pu faire eût réussi? Mettons donc en balance les résultats de la blépharoplastie et de la blépharorrhaphie.

M. LE FORT. Je ne discute pas si une opération est meilleure que l'autre. Il est incontestable que M. Verneuil a rendu des services à ses malades, mais je suis obligé de dire que M. Mivault (d'Angers) a cru devoir compléter par la blépharoplastie une opération de blépharorrhaphie tentée dans le même but que M. Verneuil, et que c'est là ce qui constitue l'importance de la communication qui nous a été faite. Je ne crois pas d'ailleurs que la tendance à la rétraction capable de produire un ectropion cesse après un an d'occlusion des paupières. Je ne crois pas que la blépharorrhaphie puisse donner une guérison définitive de l'ectropion.

M. PANAS. La blépharorrhaphie est insuffisante dans les cas graves. J'ai vu, dit-il, des ectropions traités par cette méthode. M. Nélaton l'a employée, et il était d'avis de ne désunir les paupières qu'au bout de deux ans et en plusieurs temps; et ce n'étaient point des ouvertures d'un demi-centimètre qu'il pratiquait, c'étaient des ouvertures de 1 millimètre. Il y a des apparences auxquelles il ne faut pas se fier, et il est une remarque importante à faire. Si une seule paupière est prise, l'occlusion de l'ouverture palpébrale n'allonge pas la paupière raccourcie, c'est la paupière saine qui s'allonge, et ceci se voyait très-bien chez le malade de M. Verneuil. Si les deux paupières sont prises, c'est-à-dire s'il y a ectropion double, l'allongement a lieu. J'ai vu des guérisons obtenues de la sorte; mais, pour deux faits heureux, j'ai vu plus de faits malheureux. C'est pour des cas semblables à ces derniers qu'il convient de joindre à la tarsorrhaphie des opérations autoplastiques. Je crois qu'on sera obligé d'en venir là pour la malade de M. Verneuil, car la suture des paupières sera insuffisante.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 2 AOUT 1871.

Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*;

— L'*Union médicale*;

— Le *Bulletin de thérapeutique*;

— La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— *St Thomas's hospital Reports*. New series vol. 1. — Premier volume de cette remarquable publication adressé à la Société par le conseil de l'hôpital.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau, en énumérant les principaux sujets traités, la *Clinique chirurgicale de Goyrand (d'Aix)*, recueillie et annotée par son gendre, le docteur Silbert.

Le présentateur insiste sur la valeur de ce travail, et considère comme une bonne habitude de recueillir les travaux épars des chirurgiens de villes de province. Cela offre l'avantage de perpétuer le souvenir de médecins éloignés des centres de publication et de favoriser les recherches des travailleurs qui ont besoin des travaux originaux de nos chirurgiens de province.

Des remerciements sont adressés aux auteurs.

Appareils amovo-inamovibles. — M. SARAZIN, membre correspondant, présente à la Société un système d'appareils modelés en toile métallique, destinés au traitement des fractures par coups de feu des membres. Il a eu surtout en vue dans leur fabrication les difficultés et les nécessités que rencontre le chirurgien militaire dans les ambulances et sur les champs de bataille.

Ces appareils, dont l'idée n'est pas nouvelle puisqu'elle a été réalisée, en partie du moins, par Meretrie et Lafargue, se compose de la façon suivante : une attelle rigide en bois, des valves fixées à charnière ou clouées sur elle, faites en toile métallique, des courroies bouclées pour les maintenir, et pour remplissage un coton cardé.

La toile métallique qui sert à la fabrication des valves est en fil de fer galvanisé, épais de 1 millimètre; sa maille a 1 centimètre; elle présente une rigidité suffisante et une malléabilité telle que la pression des mains du chirurgien moule facilement les valves sur les formes du membre brisé. Grâce à la présence de l'attelle et des courroies, l'appareil est assez solide pour se prêter au transport immédiat des malades.

M. Sarazin présente à la Société quelques-uns de ces appareils, qu'il a appliqués sur des blessés de son ambulance à la bataille de Fræschwillier.

Ces appareils sont légers, peu coûteux et d'un transport facile. Ils sont d'une application très-rapide, se prêtent bien aux pansements des plaies et maintiennent bien les fragments sans comprimer le membre fracturé. Ils sont enfin solides et inaltérables aux liquides.

En terminant sa communication, M. Sarazin fait remarquer que ses appareils ont rendu déjà de bons services et qu'ils ont obtenu l'approbation de plusieurs de ses collègues et celle de M. Sédillot, qui était venu à Haguenau pour mettre à la disposition de nos malheureux blessés sa vaste expérience et son patriotique dévouement.

Hernie obturatrice. — M. ED. CRUVEILHIER communique une observation, avec pièce à l'appui, de hernie obturatrice.

Il s'agit d'une vieille femme de la Salpêtrière qui avait présenté des signes d'étranglement interne, et chez laquelle on avait trouvé à l'autopsie une hernie sous-pubienne que rien ne pouvait faire reconnaître.

Ce qu'il y a de remarquable, dit le présentateur, c'est que, sur la pièce anatomique mise sous les yeux de la Société, il n'y avait pas un étranglement complet, mais bien un simple pincement d'une portion de l'intestin.

La séance est levée.

Le vice-secrétaire annuel : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 9 AOUT 1871.

Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux ;* — L'*Union médicale ;* — La *Gazette hebdomadaire ;* — Le *Montpellier médical ;*

— Le XXIe volume des *Transactions de la Société pathologique à Londres.*

— M. LARREY dépose sur le bureau les ouvrages suivants : *De l'occlusion intestinale*, par le docteur Servier, agrégé au Val-de-Grâce ; — *De l'aguerrissement des armées*, par le docteur Vauréal ; — *Sugli aneuvrismi dell' aorta toracica inferiora trattati colla elettro-puntura del Dott L. Ciniselli ;*—Un travail manuscrit intitulé : *Nouveau procédé de suture intestinale à points séparés*, par le docteur Vezien. (Renvoyé à MM. Larrey, Després et Legouest.)

— M. LARREY offre, en son nom, les *Mémoires de l'Académie des sciences*, années 1865, 66, 67, 68 69 et 70, et la *deuxième partie de la table.* — La Société remercie.

M. GIRALDÈS présente, de la part de sir William Fergusson : *The Hunterian Oration for* 1871.

Hernie sous-pubienne. — M. CHASSAIGNAC communique l'observation suivante :

La science ne possède encore qu'une histoire très-insuffisante de la hernie sous-pubienne.

Cette insuffisance tient en grande partie au nombre peu considérable d'observations complètes possédées jusqu'à ce jour.

A. Cooper, dans sa longue et féconde pratique, n'avait jamais observé un seul cas de hernie sous-pubienne au lit du malade.

Celui qu'il mentionne comme ayant été observé par lui se rapporte à une autopsie. (Traduct. française, p. 369, observat. 332.)

Il y a donc utilité réelle à poursuivre la mise en lumière de tou-

tes les observations exactes sur ce point. C'est pour cela que nous désirons rapprocher de l'observation présentée à la Société par M. Cruveilhier celle qui nous est propre.

Dans l'observation que je vais rapporter, la malade avait des hernies multiples; elle a succombé avec les signes d'un choléra herniaire parfaitement caractérisé.

Une femme âgée de 40 ans avait deux hernies crurales : l'une à droite, épiploïque; l'autre à gauche, intestinale.

Des symptômes d'étranglement se déclarent, et, à la visite, on trouve l'état suivant : faciès altéré, vomissements de matières intestinales; ballonnement du ventre avec relief bien dessiné des bosselures de l'intestin; sensibilité du ventre, mais pas très-vive. La hernie crurale droite est indolente, et, selon toute apparence, épiploïque. La hernie crurale gauche, irréductible comme la première, est évidemment intestinale.

On ne décide pas l'opération pour les raisons suivantes :

1° La hernie crurale gauche, quoique irréductible, ne présente pas le degré de tension et de sensibilité d'une hernie franchement étranglée.

2° La malade a eu, dans la nuit, une selle abondante.

3° Si tous les accidents observés ont pour cause un étranglement, il est à craindre que celui-ci n'ait déjà produit des conséquences sur lesquelles l'opération ne peut plus rien.

Le lendemain, les symptômes ont pris un tout autre aspect. Ce sont beaucoup moins ceux d'un étranglement interne que ceux du choléra. La malade a bien encore des vomissements, mais elle a eu plusieurs selles abondantes. La face est décomposée; une sueur gluante et froide recouvre tout le corps, qui est lui-même à l'état de refroidissement profond. Le pouls est petit, concentré. Les yeux sont profondément excavés; la langue est sèche et pâle; cyanose générale et très-prononcée existant sur toute la surface du corps; pas de traces de la sécrétion urinaire depuis 36 heures; cathétérisme; résultat nul. Du reste, pas de taches scléroticales, pas de crampes; voix très-affaiblie; sensation douloureuse à la gorge; c'est la seule chose dont se plaigne la malade.

Dans la matinée du lendemain, le refroidissement et la cyanose vont en augmentant.

Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie, point de péritonite bien appréciable; hernie crurale droite épiploïque, peu volumineuse, adhérente; hernie crurale gauche exclusivement intestinale.

Au moment où on ouvre l'abdomen, on reconnaît qu'indépendamment des deux hernies crurales, une anse intestinale se rend directement au trou sous-pubien droit, dans la partie supérieure duquel elle s'engage. Elle résiste à une traction modérée pratiquée pour la dégager de l'intérieur du sac; mais, à une traction plus forte, elle cède, et l'on constate que, dans le point qui correspond au collet du sac, existe une empreinte circulaire bien distincte et annonçant une hernie étranglée.

En observant l'orifice interne du sac par l'intérieur de l'abdomen, on remarque que cet orifice est plus spacieux que celui de la hernie crurale correspondante.

Après la dissection, on reconnaît que le sac herniaire s'est produit à travers l'échancrure en arcade renversée qui existe pour le passage des vaisseaux et des nerfs.

Les vaisseaux et nerfs occupent le côté externe du collet du sac. Le sac lui-même, en partie recouvert par le muscle obturateur externe, commence à pointer au-dessus du bord de ce muscle en le déprimant. Il résulte de là que le pectiné étant enlevé, le muscle obturateur externe laisse apparaître à son bord supérieur, légèrement déprimé, l'hémisphère supérieur du sac herniaire sous forme d'un croissant à convexité supérieure. Le muscle obturateur une fois détaché, on aperçoit la totalité du sac. Il est régulièrement sphéroïdal, nullement piriforme. Il a le volume d'une prune.

La surface interne de l'intestin, dans toute sa longueur, était parsemée de follicules blanchâtres, comme puriformes, analogues à ceux qui s'observent dans le choléra.

M. DUPLAY, à l'occasion de la communication de M. Cruveilhier, dit que les docteurs Miller et Chieuc ont rapporté dans *Edimburg medical* journal, janvier 1871, une observation intéressante de hernie obturatrice, qui se rapproche de celle qui a été communiquée à la Société de chirurgie par M. Cruveilhier. Il en donne communication avant qu'elle ne soit publiée dans les Archives de médecine.

Il s'agit d'une femme de 73 ans. Lorsqu'elle fut amenée à l'hôpital, elle était très-déprimée et présentait des vomissements fécaloïdes. Il n'y avait aucune trace de tumeur herniaire, mais on découvrait comme unique symptôme extérieur une rougeur de la fosse iliaque gauche, qui pouvait bien avoir été produite par l'application de sinapismes.

Les opiacés, les lavements larges et abondants, n'amenèrent aucun soulagement.

On porta le diagnostic iléus, mais on rejeta l'idée de la gastro-

tomie, en raison de l'âge avancé et de la dépression de la malade, qui ne tarda pas à succomber.

L'autopsie, faite par le docteur Chieuc, montraune anse de l'iléon fixée et étranglée dans l'ouverture supérieure du trou obturateur gauche. En disséquant les adducteurs de la cuisse de bas en haut, on découvrit le sac, qui était du volume d'un œuf de pigeon; il était recouvert par les fibres du pectiné et sa face externe était adhérente à l'aponévrose du muscle obturateur externe.

L'artère obturatrice est située derrière le collet du sac, dont elle est séparée par une bandelette tranversale dépendant de la membrane obturatrice. Le nerf est placé à la partie antérieure du sac.

Ce dernier contient les deux tiers externes de la trompe de Fallope et deux pouces d'iléon. L'anse intestinale étranglée était gangrenée; une perforation s'était produite, suivie de l'épanchement de matières fécales dans l'intérieur du sac. Il n'y avait pas de péritonite généralisée.

L'ouverture du sac était ovalaire et mesurait un demi-pouce dans son plus grand diamètre. Le sac était constitué par le péritoine qui forme le ligament large.

Outre ce qui existait du côté gauche, on trouva encore deux petites hernies obturatrices à droite:

1° Un sac antérieur, formé par le péritoine pariétal, situé en avant du ligament rond et admettant l'extrémité du petit doigt. Il était vide au moment où le bassin fut examiné.

2° Un sac postérieur, situé exactement dans le même point que celui du côté gauche et présentant la même apparence. Il admet l'extrémité du doit indicateur et renferme la moitié externe de la trompe de Fallope correspondante.

M. AMÉDÉE FORGET dit que dans un mémoire qu'il a publié en 1866 (1), dans l'*Union médicale* (volume 32), il a reproduit une observation de hernie obturatrice étranglée, compliquée d'une hernie crurale à gauche. L'opération de cette dernière fut pratiquée; les symptômes d'étranglement persistèrent. A l'autopsie, on constata l'existence de la hernie sous-pubienne, constituée par une portion d'anse intestinale (intestin grêle) de 2 centimètres d'étendue et formant une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Le sujet de cette observation était une vieille femme de 76 ans.

Ce fait et un autre cas de hernie obturatrice que j'ai cité ont été

(1) *De la hernie obturatrice.*

puisés dans un journal allemand (1er fascicule des *Arch. G. phys.*, Heilk, Stuttgard).

Dans le second cas, qui se termina aussi par la mort du malade, c'était un homme de 59 ans, la hernie siégeait à droite. A l'autopsie, le docteur Rœser constata l'existence d'adhérences de l'intestin grêle dans l'excavation pelvienne ; le poids de l'intestin déchira ces adhérences, et il s'échappa du trou ovalaire une petite portion d'intestin, semblable à un diverticule, ayant un pouce de longueur environ et offrant une coloration rouge foncé : il se continuait avec la paroi décolorée du tube intestinal sur le bord opposé au mésentère.

Le point d'où il s'échappa correspondait à l'orifice même situé à l'angle supérieur et interne du trou ovale dans lequel il s'était étranglé. La portion herniée comprenait les trois quarts du cylindre de l'intestin grêle, ce qui rendait celui-ci presque imperméable et rétréci au-dessous de l'obstacle.

Cette variété de hernie, du moins dans la grande majorité des cas, s'observe sur des sujets avancés en âge, principalement sur des femmes.

A ce point de vue, il est une disposition anatomique qu'il importe de connaître et que le docteur Rœser a signalée : elle consiste en un point qui, au niveau de l'émergence des vaisseaux obturateurs, a une mollesse plus grande et cède à la pression. Par de nombreuses recherches nécropsiques, il s'est assuré que l'on pouvait enfoncer en ce point l'extrémité de l'index dans un petit canal jusqu'à un demi-pouce et même un pouce de profondeur, de manière à se coiffer le doigt comme d'un dé à coudre. Camper, au dire de Lawrence, a rencontré de semblables prolongements du péritoine sur des cadavres, dans le trajet des vaisseaux obturateurs, et Lawrence, de son côté, fait la même observation.

Il résulte de ces recherches anatomiques une extrême facilité pour l'intestin à s'engager, à l'occasion d'un effort, à l'intérieur du conduit obturateur; il est vraisemblable que bien des coliques subites et intenses n'ont pas d'autre cause. En effet, les sujets qui ont offert cette disposition anatomique, cette sorte de sacs herniaires d'attente pour ainsi dire, avaient itérativement accusé, pendant la vie, des crampes d'estomac, des coliques, des nausées et même des vomissements et une constipation opiniâtre. C'était le cas d'une femme âgée de 80 ans, ayant succombé aux suites d'une hernie obturatrice étranglée, cas rapporté par M. Labbé à la séance de la Société de chirurgie du 6 novembre 1866. Dans un intervalle de huit années

avant sa mort, cette femme avait été sujette au retour fréquent de semblables crises.

La permanence du sac herniaire à l'extérieur après la rentrée de l'intestin, la persistance de son ouverture de communication avec l'abdomen due au défaut de contractilité du canal ostéo-fibreux qui a livré passage à la hernie, justifient l'interprétation que je donne pour expliquer le retour de ces coliques et accidents soi-disant nerveux observés dans les circonstances pathologiques dont il s'agit; cette même disposition anatomique, qui n'implique qu'un faible degré d'action dans le mécanisme de l'étranglement, rend raison de la forme lente et en quelque sorte chronique qu'il affecte.

La réduction par les manœuvres ordinaires est impuissante à faire cesser les accidents. Pour y obvier, M. le docteur Rœser conseille un procédé qu'il regarde comme devant être très-efficace.

La manœuvre consiste à faire presser et malaxer par un aide le point où siége la hernie; à déprimer en même temps avec la main gauche la paroi abdominale derrière la branche horizontale du pubis, en la refoulant vers le sacrum; à introduire dans le vagin ou dans le rectum chez l'homme, après avoir préalablement vidé la vessie, autant de doigts de la main droite qu'il en peut tenir, à les diriger vers le siége de l'étranglement, comme s'ils allaient à la rencontre de l'autre main placée derrière le pubis, puis « attirer vers l'excavation pelvienne les parties comprises entre les deux mains, dont l'action ainsi combinée agit si énergiquement dans la même direction. Ce procédé de réduction a été essayé par l'auteur sur le cadavre. Après avoir introduit une anse d'intestin dans l'orifice trouvé dilaté du canal sous-pubien, et avoir ainsi produit une hernie artificielle, il a pu facilement dégager l'intestin.

Quant à la herniotomie pratiquée en pareil cas, c'est une opération d'une grande difficulté, ce qui a autorisé Velpeau à dire « qu'il est bien permis de ne pas la conseiller » (*Médecine opératoire*, t. IV).

Dans mon Mémoire, je cite une observation avec opération suivie de guérison; elle a été communiquée à la Société médico-chirurgicale de Londres par le docteur Orbe (*The Lancet*).

Dupuytren, en prévision d'une pareille hernie étranglée, s'assura qu'en pratiquant une incision sur le côté interne de la tumeur, en dedans des vaisseaux cruraux, on pourrait découvrir le fond du sac logé dans l'intervalle compris entre le muscle pectiné, le premier et le second adducteur et le droit interne, ouvrir le sac et débrider en dedans, c'est-à-dire vers la branche descendante du pubis : cette indication de Dupuytren, qu'il n'a jamais eu occasion de mettre en

pratique, est justifiée par les recherches auxquelles je me suis livré sur la position respective de la tumeur herniaire et des vaisseaux obturateurs. En effet, quelles que soient les variétés du siége qu'offrent ces vaisseaux; qu'ils croisent en arrière ou en avant le sac herniaire, toujours ils se dirigent de dedans en dehors, ce qui donne à l'opérateur la certitude de ne pas les rencontrer au côté interne, et lui prescrit de se conformer au précepte du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. DUPLAY dit qu'il y a une observation d'opération de hernie obturatrice étranglée de plus à compter, de Bansby Cooper en 1859.

Ligature de la carotide primitive. — M. RAYNAUD a présenté, il y a quelques semaines, une observation avec quelques considérations sur la ligature de l'artère carotide, à propos d'un cas où il eut l'occasion de pratiquer cette opération, pour combattre une hémorrhagie foudroyante, et où il fit en dernier lieu la transfusion du sang. A ce double titre, l'observation qui va suivre, a dit le présentateur, me paraît digne d'intérêt. Le malade ayant succombé, je disséquai avec soin les artères de la région du cou; j'ai l'honneur de vous présenter la pièce conservée, qui servira de complément à ma démonstration.

Le nommé R... (Scipion), âgé de 25 ans, soldat au 114e de ligne, reçut le 30 novembre, à la bataille de Champigny, un coup de feu au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur. La balle pénétrait assez profondément dans la région sus-hyoïdienne. J'en fis l'extraction sans grande difficulté. Dès l'entrée du blessé à l'ambulance, l'hémorrhagie immédiate avait été médiocre; je retirai en même temps de nombreuses esquilles. Je m'assurai que l'arcade dentaire inférieure était complétement intacte. L'os paraissait avoir été simplement écorné par le projectile, à son bord inférieur.

Trois jours après, la région sus-hyoïdienne était devenue le siége d'une inflammation vive avec gonflement considérable qui s'étendait du côté gauche du cou. Je fis avec précaution des débridements multiples autour du trou d'entrée, et j'ordonnai des cataplasmes.

Le 6 décembre, l'amélioration était sensible, la tension avait beaucoup diminué, la suppuration était très-abondante et de bonne nature.

Le soir, vers huit heures, survint une hémorrhagie formidable; en quelques instants la literie fut inondée de sang. L'interne de

garde, appelé en toute hâte, comprima énergiquement la carotide primitive, et m'envoya chercher.

En arrivant je trouvai le malade dans un état de prostration profonde, en proie à une pâleur mortelle. Il n'y avait pas à hésiter. Il fallait, séance tenante, lier le vaisseau malade, quoique ce fût la nuit et dans des conditions peu favorables. Je fis cette opération avec l'aide des docteurs Vidal et Bidard. Ce dernier, en m'attendant, avait vainement essayé de lier dans la plaie, qu'il avait, dans ce but, légèrement agrandie. Le sang provenait évidemment d'un point très-profond; mais il s'échappait avec tant d'abondance, qu'il était absolument impossible de savoir s'il provenait de la linguale, de la faciale ou du tronc de la carotide externe, voire même de la carotide interne. Dans cette incertitude, le seul parti à prendre, c'était de lier la carotide primitive. Je pratiquai mon incision sur le prolongement de la plaie. Je fus fort gêné par le volume considérable de la veine jugulaire interne. Je fus même obligé, chemin faisant, de lier une petite branche veineuse qui fournissait une hémorrhagie incommode. J'arrivai néanmoins à un résultat très-satisfaisant. L'artère fut mise à nu dans une très-petite étendue; aussitôt qu'elle fut liée, l'hémorrhagie s'arrêta complétement.

Je n'avais fait respirer au malade que quelques gouttes de chloroforme. Il était tellement épuisé par l'hémorrhagie, qu'il sentit à peine l'opération. Il n'y eut, ni immédiatement après, ni depuis, aucune apparence d'accident cérébral.

La journée du 7 décembre se passa très-bien; celle du 8, de même. Le malade était extrêmement pâle; mais il avait repris un peu de forces, il mangeait volontiers. La suppuration était bien rétablie dans la plaie.

Le soir du 8, à neuf heures, 48 heures après le premier accident, sans cause occasionnelle appréciable, une nouvelle hémorrhagie se déclara, provenant du même point que le premier jour. Il n'y avait plus à tenter de nouvelle ligature; on se contenta donc de tamponner avec de l'eau de Pagliari, puis avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. Un suintement sanguinolent continua pendant toute la nuit, à travers les pièces de pansement.

Le 9 décembre, nouvelle hémorrhagie à sept heures du matin, bien moins considérable, du reste, que les précédentes. Au moment de ma visite, je trouvai le malade agonisant. Il était sans connaissance; décoloration absolue des téguments; pouls filiforme battant 140 fois par minute. La mort était évidemment imminente.

Après avoir pris l'avis de M. Nélaton, je me décidai, comme res-

source suprême, à pratiquer la transfusion. 370 grammes de sang furent injectés dans les veines du malade. Je donnerai plus loin quelques détails sur cette opération. Le résultat immédiat parut favorable. Les joues se colorèrent visiblement ; le malade se ranima un peu, reprit connaissance, et les personnes qui l'entouraient purent espérer un succès définitif. Malheureusement cet espoir fut de courte durée. Sans qu'il se fût produit de nouvelle hémorrhagie, le malade s'éteignit brusquement vers onze heures du soir.

Je reviens maintenant sur les points principaux de cette observation.

Le premier point sur lequel je désire appeler l'attention de la société, est l'absence absolue de toute espèce d'accidents cérébraux après la ligature de la carotide primitive. Vous savez, messieurs, que les résultats de cette opération diffèrent notablement chez les animaux et chez l'homme. Chez les animaux que l'on soumet à l'expérimentation, il est fort rare que la ligature d'*une seule carotide* donne lieu à des accidents graves; je l'ai, pour ma part, pratiquée une vingtaine de fois sur des chevaux, et j'ai toujours vu ces animaux pouvoir se relever, manger et courir presque aussitôt après l'opération. Il n'en est pas de même de la ligature *des deux carotides*, qui détermine fréquemment des phénomènes sérieux, tels que assoupissement, vomissements, paralysies, etc. Encore faut-il que les deux artères soient liées simultanément. Lorsque l'opération a été faite à plusieurs jours d'intervalle, elle n'a été qu'exceptionnellement suivie de la mort, et plus souvent les accidents ont été nuls. Leur degré de fréquence paraît en rapport avec le volume des artères vertébrales, qui permettent plus ou moins le rétablissement d'une circulation supplémentaire.

Chez l'homme, au contraire, la ligature d'une seule carotide est loin de présenter la même innocuité. En se fondant sur une critique judicieuse des faits publiés, M. Lefort estime à une proportion d'environ 30 pour 100, c'est-à-dire de près d'un tiers, le nombre des cas où des accidents cérébraux variables ont été la conséquence de l'interruption du cours du sang dans un des troncs carotidiens. C'est, comme on voit, une proportion considérable.

On a distingué, du reste avec raison, les accidents qui se manifestent après la ligature de la carotide, en *immédiats* et *consécutifs*. Les premiers, tels que vertiges, syncopes, stupeur, etc., paraissent résulter évidemment de l'anémie cérébrale que produit momentanément l'interruption du cours du sang dans un gros vaisseau. Chez mon malade, le collapsus était tel, même avant l'opération, qu'il m'a

été impossible de constater une différence entre les moments qui l'ont précédée et ceux qui l'ont suivie.

Quant aux accidents *consécutifs*, c'est-à-dire survenant quelques heures ou quelques jours après la ligature, ils ont donné lieu à de grandes divergences d'interprétation. Le plus important de ces accidents, c'est l'hémiplégie observée du côté opposé à l'opération. On a peine à s'en rendre compte par l'anémie cérébrale, quand on songe à la largeur des voies anastomotiques et à la rapidité avec laquelle le sang afflue vers l'hexagone artériel. M. Richet pense qu'on peut expliquer ce phénomène par la lésion accidentelle des filets du grand sympathique qui accompagnent la carotide, lésion qu'il est difficile d'éviter à coup sûr dans le cours d'une opération, souvent laborieuse, sur le vivant. Il se fonde, entre autres choses, sur une intéressante expérience de M. Goujon, qui est parvenu, chez des lapins, à produire expérimentalement des adhérences méningées, des épanchements séro-sanguins entre l'arachnoïde et la pie-mère, de l'injection du cerveau, d'une façon tout à fait identique, soit en liant la carotide, soit en se contentant de sectionner le filet cervical du grand sympathique. Dans cette manière de voir, l'hémiplégie observée pendant la vie et les altérations constatées sur le cadavre, telles que congestions, hémorrhagies capillaires, ramollissements, devraient se rattacher à une paralysie primitive des nerfs vaso-moteurs qui président à la circulation cérébrale; et l'inconstance de l'hémiplégie secondaire, à la suite des ligatures de la carotide, s'expliquerait tout naturellement par le fait que la section du grand sympathique aurait été faite accidentellement dans certains cas, et évitée dans d'autres.

Quoiqu'on ne puisse accepter qu'avec réserve les enseignements fournis par une observation négative, je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que, sur la pièce désignée que je vous présente, la portion cervicale du grand sympathique est complétement intacte; ainsi s'explique peut-être l'absence de paralysie chez mon malade.

Voici, par contre, un autre fait qui pourra peut-être apporter une sorte de confirmation à la théorie soutenue avec talent par M. Richet. Malheureusement, les circonstances politiques n'ont pas permis l'autopsie, ce qui est infiniment regrettable, car seule elle eût pu fournir la preuve de fait que l'on est en droit de réclamer. Toutefois, l'observation suivante est tellement curieuse, que je me reprocherais de ne pas vous la communiquer telle quelle.

Le nommé L..., insurgé, âgé de 23 ans, fut apporté dans mon

service le 2 avril 1871. Il avait été atteint, le matin même, d'un coup de feu dans le creux sus-claviculaire gauche, immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien. Il n'y avait qu'un trou d'entrée, extrêmement étroit. La balle avait pénétré *de haut en bas*, et ce qui le prouvait, outre la direction de la plaie, c'était l'existence d'un emphysème sous-cutané et d'une dyspnée excessive, indice certain d'une lésion du poumon.

Quelques heures après l'entrée du malade à l'ambulance, je fus frappé d'une certaine déviation des traits. Le malade se servait incomplétement de sa main droite. Il y avait une certaine hésitation de la parole.

Le lendemain matin, l'aphasie était complète; l'articulation des mots était devenue impossible; l'intelligence paraissait *relativement* conservée. L'hémiplégie du côté droit avait fait des progrès considérables; elle était absolue au membre supérieur, beaucoup moindre au membre inférieur. Peu à peu, l'intelligence s'obscurcit à son tour, en même temps que la dyspnée occasionnée par la plaie de poitrine devenait plus intense. Le blessé succomba le 5 avril.

Vous pouvez imaginer combien j'étais désireux de procéder à une autopsie si intéressante à tant de titres, et qui, notamment, promettait des enseignements si instructifs pour l'histoire de l'aphasie. Malheureusement, nous étions en plein règne de la Commune; les corps de fédérés étaient réputés sacro-saints. Malgré mes efforts et mes instances, il me fut formellement interdit de faire l'examen cadavérique.

J'en suis donc réduit, faute de mieux, à l'induction. Comment peut-on se rendre compte de la succession des accidents chez ce blessé? Voilà, en définitive, un individu chez lequel une balle atteint le côté *gauche du cou*, et qui succombe d'une paralysie du côté *droit*, sans qu'il soit possible d'admettre un instant que le crâne ait été atteint, le projectile se dirigeant, je le répète, de haut en bas. Abstraction faite de la cause traumatique, les signes cliniques ont été constamment ceux d'un ramollissement aigu du côté gauche du cerveau.

On peut ici faire plusieurs hypothèses. On peut songer, par exemple, à une section de la carotide primitive, qui aurait brusquement interrompu la circulation cérébrale. Mais cette supposition tombe immédiatement devant l'absence complète d'hémorrhagie, et devant cet autre fait que la paralysie a été, non pas subite, mais progressive. D'ailleurs, les battements de la temporale étaient perceptibles et n'ont pas cessé de l'être.

Admettra-t-on que, sous l'influence de la violente attrition des tissus par le projectile, il se sera formé un caillot propagateur dans l'intérieur de la carotide, ou qu'un fragment de la membrane interne, détaché et emporté par le torrent sanguin, aura été former embolie dans l'artère sylvienne, du côté correspondant? La chose, assurément, n'est point absolument impossible; on conviendra, néanmoins, qu'une lésion pareille d'un gros tronc artériel, se produisant sans être accompagnée de la moindre hémorrhagie, serait quelque chose de fort extraordinaire. Il me paraît, quant à moi, beaucoup plus rationnel de penser que la lésion a dû intéresser la portion cervicale du grand sympathique, et que, consécutivement à la paralysie des nerfs, il se sera produit, du côté de l'encéphale, des lésions semblables à celles que l'on provoque expérimentalement chez les animaux.

J'arrive maintenant à l'hémorrhagie secondaire qui s'est reproduite quarante-huit heures après la ligature de la carotide primitive. Afin de me rendre compte de cet accident trop fréquent à la suite des ligatures, j'ai disséqué, avec le plus grand soin, les vaisseaux du cou, et c'est le résultat de cette dissection que je soumets à votre examen. La ligature, faite pendant la vie, se trouve encore en place; elle étreint la carotide primitive à deux centimètres environ au-dessous du point malade. Sous ce rapport, l'opération a donc été ce qu'elle devait être, la ligature a été faite à une distance convenable de la source de l'hémorrhagie.

Au niveau même de la bifurcation de la carotide primitive, existe une large solution de continuité, provenant évidemment de la chute d'une escharre artérielle. Comme le bouquet artériel qui émerge de la carotide externe prend naissance tout près de l'origine de ce vaisseau, il en résulte que la lésion intéresse à la fois la terminaison de la carotide primitive, l'origine de la carotide externe, et celle de la thyroïdienne supérieure, sans qu'aucun de ces vaisseaux soit néanmoins entièrement sectionné (Voir la figure). De l'hiatus ainsi constitué sort un caillot fibrineux, résistant assez fortement, teinté en rose, en partie flottant dans la plaie, et en partie engagé encore par son bout supérieur dans la carotide externe. Ce caillot paraît s'être formé après l'interruption du cours du sang dans la carotide primitive. Il constituait un mode d'oblitération provisoire, et s'il fût resté en place, nul doute que la guérison n'eût été définitive. Mais, à un moment donné, sous l'influence de la pression latérale exercée par le sang de la carotide externe, le

caillot s'est partiellement détaché, et c'est alors qu'est survenue l'hémorrhagie secondaire.

Dans la plupart des cas d'hémorrhagie artérielle considérable, consécutive à une blessure de la région sus-hyoïdienne ou de la région parotidienne, il est impossible de savoir au juste quel est le tronc artériel lésé. Même dans le cas où on a la certitude qu'on a affaire à une plaie de la carotide externe ou de l'une de ses branches, il n'est pas sans danger de lier la carotide externe à son origine, car d'une part on peut tomber sur une disposition anatomique très-fréquente, qui consiste dans la division de cette artère en plusieurs branches secondaires immédiatement après sa naissance: c'est le cas qui se présente dans l'observation que je vous soumets; on est exposé alors à voir la cicatrice artérielle un peu résister à l'effort du sang venant de la carotide interne au moment de la chute du fil; d'autre part, telle est la richesse des anastomoses des artères de la tête, qu'une circulation collatérale peut se rétablir très-rapidement par la carotide interne, et une hémorrhagie secondaire avoir lieu par le bout supérieur du vaisseau blessé.

A plus forte raison la ligature de la carotide externe serait-elle d'une évidente inutilité, si la lésion portait sur la carotide interne. Or, ces deux troncs sont situés si près l'un de l'autre, qu'en pratique il peut être et il est souvent impossible de savoir quel est celui des deux qui a été atteint; on ne le sait qu'après avoir découvert ces deux vaisseaux à leur origine, et en les comprimant l'un après l'autre, afin de savoir quel est celui des deux dont la compression fait cesser involontairement l'hémorrhagie.

Enfin, supposons la carotide interne blessée et cette blessure diagnostiquée. La ligature pourra, il est vrai, se faire avec sécurité, quant à ce qui concerne le danger d'une hémorrhagie secondaire au moment de la chute du fil; car, la carotide interne ne fournissant jamais de collatérale, on pourra toujours s'arranger de manière à obtenir une oblitération définitive. Mais la possibilité d'une hémorrhagie par le bout supérieur subsiste tout entière, grâce au rétablissement de la circulation par les anastomoses fournies, dans ce cas, par la carotide externe.

C'est pour parer à ces inconvénients qu'Herbert Mayo propose de lier tout à la fois, et en tout cas, la carotide externe et interne. P. H. Bérard, dans le même but, et afin de simplifier le manuel opératoire, conseille de découvrir la carotide primitive au point de sa bifurcation, de la lier, et de lier aussi l'une des deux carotides externe et interne, n'importe laquelle. M. Richet donne son appro-

bation à cette manière d'agir, tout en recommandant de s'assurer d'abord si la carotide externe n'offre pas un espace suffisant pour y jeter un fil, auquel cas il donnerait la préférence au procédé d'Herbert Mayo. Je crains que ces préceptes, dictés par la théorie, ne soient d'une application beaucoup moins générale qu'on ne se le figure; ici, comme en bien d'autres circonstances, les données de l'anatomie ont besoin du contrôle de la clinique. Sans vouloir envisager tous les cas qui pourraient se présenter, selon les siéges divers que peuvent affecter les plaies de la carotide et de ses branches, je me borne à essayer d'établir que, dans le cas particulier que je vous présente, l'application des préceptes dont il s'agit eût été tout à fait décevante.

Supposez que j'eusse voulu appliquer le conseil donné par Herbert Mayo ; en voulant lier la carotide externe à son origine, je tombais en plein sur la solution de continuité, et je n'arrivais pas même à arrêter momentanément l'hémorrhagie. Il m'eût fallu, de toute nécessité, remonter ensuite jusqu'à la carotide primitive.

Supposez maintenant que j'eusse employé le procédé indiqué par Bérard : je liais d'abord la carotide primitive. C'est précisément ce que j'ai fait, et le résultat a prouvé que cela suffisait pour obtenir une hémostase momentanée. Mais il fallait aller plus loin pour se mettre à l'abri d'une récidive, et lier l'une des deux carotides secondaires. Si je choisissais l'interne, par exemple, cette précaution restait parfaitement inutile, puisque le sang pouvait affluer largement dans la plaie par le bout supérieur de la carotide externe, par la faciale, par la linguale, par la thyroïdienne supérieure. — Choisissais-je, au contraire, la carotide externe ? Si je la prenais à son origine, mon fil tombait au beau milieu de la plaie et ne servait de rien ; si je le plaçais un peu plus haut, je permettais au sang d'arriver au dehors par la carotide interne et par la thyroïdienne supérieure. J'insiste particulièrement sur l'importance de cette dernière artère, dont le volume égale, ou fort peu s'en faut, celui de la carotide externe elle-même, et qui entretient avec sa congénère du côté opposé et avec la thyroïdienne inférieure les plus larges communications anastomotiques.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure pour se convaincre que si l'on voulait fermer toutes les voies par où tend à se faire l'hémorrhagie secondaire, il faudrait lier, au minimum, quatre artères, savoir : les carotides primitive, interne, externe et thyroïdienne supérieure. Encore serait-il nécessaire que la ligature de la carotide externe fût placée immédiatement au-dessus de la nais-

sance de la thyroïdienne; sans quoi, il faudrait encore appliquer des ligatures séparées à la linguale et à la faciale. Une pareille opération, qui équivaut à une véritable dissection sur le vivant, serait d'une difficulté qui la rend pratiquement irréalisable. Quand même on arriverait, à force de dextérité, à la mener à bien, n'est-il pas évident que l'on ne pourrait y parvenir qu'en causant des délabrements considérables, qui produiraient à leur suite des décollements et des fusées purulentes presque nécessairement mortelles?

En posant ces conclusions, qui ne sont que l'expression même des faits, je ne prétends pas attaquer au fond l'opération de la ligature de la carotide. Devant une hémorrhagie qui menace d'entraîner la mort du malade en quelques instants, nous ne pouvons pas rester passifs. Pour ma part, dans un cas semblable, j'agirais encore comme je l'ai fait. D'ailleurs, il existe dans la science un certain nombre de cas avérés, dans lesquels une ligature unique, placée entre le cœur et la plaie, soit sur la carotide primitive, soit sur la carotide externe, a été suivie d'un résultat favorable. On peut donc espérer que ce qui a déjà réussi pourra réussir encore, et qu'il se formera, consécutivement à l'opération, un caillot oblitérateur d'une suffisante résistance. Mais, en définitive, la ligature carotidienne me paraît devoir être envisagée comme une opération *de nécessité*, qu'il faut compter comme telle, et sans se faire illusion sur sa valeur réelle; il faut bien savoir que, quelles que soient les précautions prises, on a malheureusement de très-grandes chances pour voir l'hémorrhagie se reproduire.

Je ne veux pas terminer sans vous donner quelques détails sur la transfusion du sang, qui fut faite à mon malade.

L'opération fut pratiquée le 9 décembre, à dix heures du matin, au moyen de l'appareil *ad hoc* fabriqué par Mathieu, appareil très-commode, très-portatif, et qui donne toutes les garanties possibles contre la pénétration de l'air dans les veines. Ce point est, on le sait, capital. Une seconde condition, dont les recherches de Belina ont démontré l'importance, c'est que le sang injecté ne contienne pas la moindre impureté, ni la moindre parcelle de fibrine solidifiée. J'obtins ce résultat, une défibrination exacte, au moyen de baguettes de verre et par un filtrage au travers d'une flanelle bien propre. S'il est un fait que la physiologie ait bien mis en évidence, c'est que la présence des globules est seule indispensable pour le résultat à obtenir. Quant aux conditions de température dont on se préoccupait tant autrefois, je me suis convaincu, par de nombreux

essais faits sur les animaux, qu'elles pouvaient être négligées sans inconvénient. Pourvu que les globules conservent toute leur vitalité au moment où on les injecte, peu importe leur température; s'ils se sont refroidis d'un certain nombre de degrés, ils se réchauffent tout naturellement après leur injection dans un corps vivant, sans que le succès de l'opération en soit compromis. Je me permets d'insister sur ce fait, qui, je le répète, résulte pour moi de l'expérimentation; il a son importance, car il est de nature à laisser plus de latitude et de liberté d'esprit à l'opérateur.

Ayant ainsi placé un peu plus de 400 grammes de mon sang dans la cuvette de l'appareil, j'introduisis le trocart dans la veine médiane céphalique du malade. Le sang qui s'échappa par la canule du trocart ressemblait à de l'eau à peine rougie; jamais je n'ai vu un sang plus décoloré. L'instrument une fois amorcé, je commençai l'injection. Elle se fit très-lentement, 5 grammes par 5 grammes, et dura près d'une heure. 370 grammes pénétrèrent ainsi dans les veines du patient.

Après le troisième coup de piston, c'est-à-dire lorsque le malade avait reçu environ 15 grammes de sang, il éprouva une demi-syncope qui me causa quelque inquiétude et m'obligea de m'arrêter un bon moment. Je ferai observer, en passant, qu'un pareil arrêt, si l'on employait du sang non défibriné, ferait manquer complétement l'opération, car il déterminerait la formation de caillots dans l'intérieur de l'appareil; tandis qu'après une attente suffisante, je pus recommencer sans inconvénient. Bientôt, je vis les joues et les lèvres du malade se colorer visiblement.

Au moment où la quantité de sang atteignait 345 grammes, le pouls, qui jusque-là s'était soutenu et tendait même à reprendre de l'ampleur, devint extrêmement petit, et il se déclara un frisson violent, qui dura environ un quart d'heure. Tout à fait à la fin de l'opération, il survint un vomissement, provoqué peut-être par la précipitation avec laquelle on faisait avaler du bouillon au malade. L'effort du vomissement provoqua encore la perte d'une très-petite quantité de sang par la plaie du cou. Le frisson fut suivi d'un stade de chaleur et de l'établissement d'une sueur abondante qui dura ongtemps. Le malade passa le reste de la journée dans un repos complet, mais dans un état de somnolence continuelle.

Somme toute, l'opération de la transfusion s'était terminée sans encombre. Elle avait donné, comme résultat immédiat, le retour d'une certaine coloration des téguments; le malade s'était ranimé un peu. Mais je dois avouer qu'il y avait loin de là à ces sortes de

résurrections que l'on produit, en quelque sorte à volonté, chez les animaux que l'on a saignés à blanc.

Je revis deux fois le malade dans la journée. A six heures du soir, il paraissait en pleine réaction fébrile; ses joues étaient vivement colorées. La respiration était calme et profonde, un peu précipitée; mais le pouls était très-difficile à percevoir.

A neuf heures, l'injection des téguments du visage était encore plus prononcée; le pouls était tout à fait imperceptible. Cependant, je pus encore obtenir quelques réponses, mais moins distinctement que dans la journée.

Le malade s'éteignit brusquement à dix heures trois quarts.

Il y a dans la manière dont cet individu a succombé une particularité qui m'a plusieurs fois frappé dans les grandes hémorrhagies chirurgicales, surtout lorsque cet accident se reproduit à des intervalles successifs. Le sang finit par s'arrêter, et néanmoins la mort survient quelques heures, parfois quelques jours plus tard, manifeste épuisement par l'hémorrhagie, sans cependant qu'une nouvelle quantité de sang ait été perdue. Voilà donc une hémorrhagie dite foudroyante, et cependant le malade n'est pas foudroyé. Si l'hémorrhagie était par elle-même la cause immédiate et directe de la mort, celle-ci devrait survenir au moment précis où la perte de sang nécessaire pour tuer le malade est effectuée. Ce n'est pourtant pas là ce qui arrive dans les cas dont je veux parler. Il semble qu'il y ait entre le phénomène hémorrhagique et la mort un fait intermédiaire, une dégénérescence de tous les organes. Quelques faits me portent à penser qu'il y a là un de ces cas de stéatose généralisée dont l'étude a fait des progrès dans ces dernières années, mais est loin d'être encore complète.

S'il en est ainsi, je crois qu'il y aurait un précepte à ajouter à l'histoire de la transfusion du sang. C'est que cette opération veut être pratiquée le plus tôt possible après les hémorrhagies qui mettent en danger la vie des malades. Chez le sujet dont je viens de rapporter l'histoire, la transfusion a réussi aussi bien que possible, *en tant qu'opération;* elle n'a pourtant abouti qu'à prolonger sa vie d'une journée environ. On ne peut s'en prendre à la quantité de sang injecté, qui a été certainement plus que suffisante. La cause probable de notre insuccès, c'est que l'économie était déjà dans un état d'épuisement profond depuis plusieurs jours, à la suite de la première formidable hémorrhagie qui avait nécessité la ligature de l'artère carotide primitive.

RAPPORT

M. DESPRÉS lit un rapport sur l'observation de ligature de la carotide primitive faite par M. Raynaud.

Messieurs, M. Raynaud vous a communiqué une observation de plaie contuse, par arme à feu, de la carotide primitive, suivie d'hémorrhagie consécutive au septième jour, suivant la règle pour les plaies contuses des artères. En présence d'une hémorrhagie abondante, qui n'avait pu être arrêtée par la compression, et après des tentatives infructueuses pour lier les artères blessées dans la plaie, même après un débridement, M. Raynaud a pratiqué la ligature de la carotide primitive par le procédé classique. Un seul fil a été placé entre la plaie et le cœur, parce qu'il n'était pas possible de savoir au juste quelle artère donnait une hémorrhagie aussi abondante.

Aucun accident immédiat ni consécutif du côté des fonctions cérébrales n'a été observé. Le lendemain, 7 décembre, le malade reprenait ses forces; mais, le 8 au soir, une nouvelle hémorrhagie se déclara, et M. Reynaud, ne croyant pas pouvoir faire de nouvelles ligatures, tamponna la plaie avec de la charpie imbibée d'eau de Pagliari. Le 9 au matin, nouvelle hémorrhagie; le malade agonisait : la transfusion a été pratiquée. M. Raynaud a pris son propre sang pour faire cette transfusion; mais le malade a succombé dans la journée.

Cette observation me paraît offrir à la discussion plusieurs points importants pour élucider la question de la ligature de l'artère principale du cou.

Le malade n'a pas assez longtemps vécu pour qu'il soit possible de savoir s'il aurait eu des accidents cérébraux. Il y a, en effet, des cas nombreux où ces accidents se montrent à une époque éloignée de l'opération, huit jours même après la ligature. Chez le malade dont j'ai présenté l'observation à l'occasion de la communication de M. Raynaud, les accidents se sont produits le quatrième jour, bien qu'il n'y ait eu aucun des phénomènes de coma, d'aphonie ou de paralysie au moment de la ligature. Le fait de M. Raynaud ne prouve donc rien, eu égard à l'influence de la ligature de la carotide primitive sur les fonctions cérébrales. Cependant, qu'il me soit permis d'établir une présomption. Je ne pense pas qu'il y aurait eu d'accidents cérébraux si le malade avait vécu plus de deux jours, et cette croyance est appuyée sur ce fait, qu'il y a eu une hémor-

rhagie consécutive presque immédiate, par le bout supérieur des artères, à la bifurcation des deux carotides. Cette hémorrhagie indiquait que la circulation s'était rétablie par toutes les artères, celles de l'hexagone cérébral comprises : la circulation cérébrale se faisait bien. Il n'en était pas de même chez mon malade. Chez lui, une ligature du bout cardiaque de la carotide avait arrêté l'hémorrhagie. Un caillot, formé dans le bout périphérique en même temps que dans le bout cardiaque, avait empêché l'hémorrhagie ; mais ce dernier phénomène tenait sans doute au peu de force de la circulation en retour, ce qui revient à dire que la circulation cérébrale ne s'était point rétablie. En compulsant les observations de ligature de la carotide *pour des plaies*, on voit que les accidents cérébraux et les hémorrhagies consécutives par le bout périphérique des artères ne coexistent point : de sorte que l'on peut dire que l'absence de rétablissement de la circulation intra-crânienne est la cause principale des accidents cérébraux. Je ne raisonne point, d'ailleurs, pour les cas où l'on a lié les deux bouts de l'artère, c'est-à-dire les deux carotides interne et externe, en même temps que la carotide primitive.

L'opinion de M. Richet, exposée à la Société de chirurgie déjà en 1863 (1), opinion qu'il a reproduite dans l'article Carotide du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (2), est que les accidents cérébraux qui se développent tardivement, c'est-à-dire dans les huit jours qui suivent la ligature, ne sont point dus à l'anémie cérébrale, mais qu'ils ont pour origine une paralysie de la circulation capillaire dans le lobe cérébral correspondant à l'artère liée. Il attribue, en outre, les accidents cérébraux rapidement apparus dans quelques observations à une lésion du grand sympathique.

Les opinions anciennes de Bérard, sur l'anémie cérébrale, de Normann-Chevers, sur la production d'hémorrhagies cérébrales, acceptées et rejetées tour à tour, n'ont pas une précision suffisante pour nous arrêter. J'en dirai autant de la théorie des embolies, auxquelles M. Lefort serait disposé à rattacher la production des accidents cérébraux. S'il est logique d'y croire, beaucoup de faits, jusqu'ici, ont contrarié la logique.

Je ne voudrais pas dire que, dans les cas où l'on n'a rien trouvé qui fût capable d'expliquer les accidents, il n'y eût rien. La plupart

(1) *Bull. Soc. de chir.*, t. IV, 2e série, p. 425.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 402.

des autopsies n'ont pas été faites avec une rigueur suffisante, et les faits douteux ne peuvent être acceptés comme contraires à l'une ou l'autre des théories proposées. Certainement, lorsque l'on a trouvé le grand sympathique lié avec l'artère carotide, on est bien forcé d'admettre que les accidents ont eu pour cause cette erreur chirurgicale; mais quand on voit, à l'autopsie, des vaisseaux liés régulièrement, lorsqu'on n'a constaté aucun accident immédiat pendant la vie, et quand c'est seulement au bout de trois, quatre ou huit jours que l'hémiplégie survient, ce ne sont point les lésions des nerfs voisins de l'artère qu'on peut accuser de produire les accidents cérébraux. La paralysie des capillaires cause un trouble de la nutrition du cerveau, cela est incontestable; et M. Richet voit dans ce phénomène la cause des accidents : rien n'est plus plausible, et les expériences faites sur les animaux le prouvent. Mais est-ce parce que les filets nerveux du grand sympathique ont été isolés du ganglion cervical? est-ce parce que le nerf a été irrité? ou bien est-ce simplement parce que le sang n'arrive plus dans les vaisseaux? La première hypothèse est vraie, du moins on peut le supposer, d'après les expériences de M. E. Goujon (1), qui a produit exactement les mêmes lésions cérébrales, qu'il coupât les cordons du grand sympathique ou qu'il liât les deux carotides, sur le lapin et le cabiai. Mais la seconde hypothèse ne le serait pas moins, si l'on considère que dans trois observations détaillées on voit que des hémorrhagies secondaires ont apparu par le bout périphérique des artères, et qu'il n'y a pas eu d'accidents cérébraux. Je fais allusion au fait de M. Raynaud et aux deux observations rapportées par M. Hogdson (2). Les faits relatifs à la ligature de la càrotide primitive pour des plaies artérielles, faits de même nature que les précédents, et que renferment nos Bulletins, apprennent que dans trois cas, celui de M. Chassaignac, celui de M. Richet et le mien, où il y a eu des accidents cérébraux plus ou moins graves, il n'y a pas eu d'hémorrhagie par le bout phériphérique de l'artère. Je ne parle pas d'un cas de Michon, parce que les deux bouts de l'artère avaient été liés, ni d'un cas de Bertherand, où il y a eu aphonie persistante, et où il n'est pas démontré qu'il y avait une plaie de la carotide primitive ou de la carotide interne et externe.

(1) E. Goujon, *Essai sur quelques points d'anatomie et de physiologie.* Thèse de Paris, 1866.

(2) Hogdson, *Maladies des artères.* Paris, 1819, t. II, p. 38, notes.

Cette relation ou plutôt cette espèce d'antagonisme entre les accidents cérébraux et les hémorrhagies par le bout phériphérique des artères, est vraiment remarquable, et elle prouve que le défaut du rétablissement de la circulation cérébrale est la cause la plus prochaine des accidents cérébraux. Entre l'anémie d'une moitié du cerveau et le ramollissement et la gangrène, il y a un état intermédiaire dont la durée excède plusieurs jours, et la mort peut arriver avant que l'on puisse trouver les signes évidents du ramollissement et de la gangrène. Le cerveau cessé de vivre, il ne fonctionne plus. D'abord la nutrition est ralentie, puis elle cesse tout à fait; et si les malades vivaient plus longtemps, on pourrait trouver un hémisphère cérébral gangrené presqu'en entier. Qu'il me soit permis de rapprocher ces faits de ceux que l'on observe dans les membres dont on a lié l'artère principale, lorsque la circulation ne se rétablit point. On ne voit jamais la gangrène arriver subitement, la vie s'éteint progressivement; il faut plus de quinze jours pour qu'il y ait des escharres un peu étendues; le membre se refroidit, devient jaune, et presque toujours les malades meurent d'infection purulente avant que la gangrène soit confirmée.

Il se passe quelque chose d'analogue pour le cerveau, et comme la mort survient en général assez vite, on ne trouve point la gangrène cérébrale confirmée.

En admettant cette théorie simple, on peut constater que l'on n'est pas loin de la théorie de M. Richet, et de la théorie qui découle des expériences de M. E. Goujon; car l'on sait que la gangrène a pour cause aussi bien l'oblitération des artères que la cessation de la circulation capillaire par suspension de l'action nerveuse. Avant de terminer sur ce point, je rappellerai que chez mon malade j'ai trouvé la moitié droite du cerveau pâle, diminuée de volume, trois jours après l'apparition des accidents, et qu'il paraissait évident que la circulation avait disparu dans l'hémisphère droit de l'encéphale, et que j'ai jugé que c'était là un commencement de gangrène du cerveau.

Je prévois bien une objection. Comment, dira-t-on, expliquer pourquoi les accidents cérébraux ne sont pas la règle après toutes les ligatures des carotides? A cette question, la réponse est facile; cela tient à ce que chez tous les sujets les artères n'ont ni le même calibre ni la même étendue, et que, chez tous les sujets, la circulation ne se rétablit pas avec la même facilité. Ceci, je crois, n'a pas besoin d'être démontré.

Dans les réflexions qui suivent son observation, M. Raynaud dis-

cute les moyens à l'aide desquels il eût pu prévenir l'hémorrhagie; il dit qu'il eût fallu faire quatre ligatures : la ligature de la carotide primitive, celles de la carotide interne et de la carotide externe, plus celle de la thyroïdienne inférieure, d'après les préceptes posés par Herbert Mayo et P. Berard, et acceptés par M. Richet. Il pense que ces opérations eussent été une véritable dissection, et finit par conclure que la ligature de la carotide, dans des cas semblables à celui qu'il a observé, est une opération de nécessité sur le compte de laquelle il ne faut pas se faire d'illusions.

M. Raynaud expose ensuite le procédé qu'il a employé pour faire la transfusion; il a usé de l'appareil de Mathieu, et mis en pratique le procédé de filtrage recommandé par Belina. Je laisse de côté la question de la transfusion, qui ne peut pas encore être jugée d'après le peu de faits heureux connus jusqu'ici, et dans lesquels il est impossible de savoir si c'est la transfusion ou l'alimentation qui a relevé les forces de malades épuisés par des hémorrhagies. Je pense, au contraire, qu'il y a lieu de discuter s'il n'eût pas été bon de prodiguer les ligatures des artères, en débridant la plaie, de façon à arrêter l'hémorrhagie secondaire qui s'est produite par la plaie.

M. Raynaud dit qu'il eût fallu faire une dissection. Je ne pousserai pas les choses si loin. On eût été obligé, à mon sens, de faire simplement trois ligatures dans une plaie en suppuration.

Dans un cas semblable, je crois que l'on doit lier les vaisseaux qui donnent du sang. Une fois que l'artère carotide primitive est liée, l'hémorrhagie ne peut plus être foudroyante. Le jet du sang provenant de la circulation en retour est loin d'être aussi fort, aussi plein que le jet provenant du bout cardiaque. Je n'hésite pas à penser que lorsqu'une hémorrhagie consécutive a lieu par le bout périphérique d'une artère dont on a lié le bout cardiaque, on doit lier le bout périphérique, quelle que soit la région. Ce précepte d'ailleurs n'est qu'une extension du précepte de Boyer pour la ligature des artères dans les régions où il y a de riches anastomoses artérielles.

La ligature de la carotide primitive pour les plaies est une bonne opération, elle réussit moins que la ligature pour des tumeurs, et n'est pas plus grave que la ligature pour les anévrysmes. Et ce n'est pas pour cette artère seulement que le précepte paraît vrai. Mais il faut faire une distinction : chez un malade qui suppure, qui est affaibli, la ligature réussit moins que chez un malade dont la plaie est récente et qu'on n'est point obligé de manier longtemps; la ligature est suivie ordinairement de guérison. Ma pratique, quoi-

que restreinte, le démontre. J'ai pratiqué une ligature de l'artère fémorale dans une plaie récente, et j'ai obtenu la guérison : sur quatre ligatures de la fémorale exécutées dans la période de suppuration de plaies par armes à feu, j'ai eu quatre morts par suite d'infection purulente.

Est-ce à dire qu'il ne faille pas lier la carotide primitive et qu'on doive laisser mourir les malades d'hémorrhagies consécutives à des contusions des artères, avec hémorrhagies au moment de la chute des escharres artérielles dans la période de suppuration des plaies par armes à feu? Je ne le pense pas. N'y eût-il qu'une guérison connue à la suite de ligatures faites dans ces conditions, il faudrait tenter toujours cette opération. Et comme nous connaissons l'observation de M. Richet, où la guérison a eu lieu même après des accidents cérébraux (1), il est indiqué de tenter la ligature de la carotide primitive, quoique l'on prévoie les redoutables complications du côté du cerveau.

En résumé, la commission vous propose d'adresser des remercîments à M. Raynaud pour son intéressante communication, et de publier son observation dans nos bulletins.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

Plaie par arme à feu. — Hémorrhagies consécutives répétées. — Ligature de la carotide primitive. — Hémiplégie. — Mort rapide. — Oblitération de la carotide interne et de la cérébrale moyenne dans toute leur longueur. — Ramollissement cérébral très-étendu. — Altération du foie.

F..., âgé de 30 ans, robuste et jouissant d'une bonne santé habituelle, est blessé à la joue droite, le 23 mai 1871.

La plaie est presque linéaire, transversale, parallèle au bord inférieur de l'os malaire, très-peu grave en apparence; aucun organe essentiel ne paraît touché; la douleur est minime; les mouvements de la mâchoire inférieure sont un peu gênés.

Un stylet s'enfonce cependant à une grande profondeur, et, d'après sa direction, je conclus que le fond de la blessure correspond à la partie la plus reculée de la fosse ptérygo-maxillaire. On ne constate ni projectile, ni esquille, ni corps étranger quelconque.

On prescrit pour tout pansement des applications répétées d'eau

(1) Bull. Soc. de chir., t. IV 2e série, p. 388.

raîche. Tout se passe bien les jours suivants; cependant, à diverses reprises, la plaie laisse écouler un peu de sang, qui s'arrête de lui-même ou par un tamponnement léger et la compression.

Parfois aussi, F... accuse dans la région blessée et la moitié correspondante de la face des douleurs assez vives, revenant par accès, et qui cèdent aisément au sulfate de quinine.

Tous ces troubles disparaissent, et, dans les premiers jours de juin, l'état local et l'état général sont aussi satisfaisants que possible. Je soupçonnais bien l'existence d'un projectile dans l'épaisseur de la face, puisque l'ouverture était unique et que rien n'annonçait la perforation des cavités nasale, buccale ou pharyngienne; mais, ayant fait une nouvelle exploration infructueuse, je résolus d'attendre. L'appétit était bon, ainsi que le sommeil, les douleurs nulles, la suppuration insignifiante; le blessé se levait toute la journée; bref, je ne m'en occupais plus.

Vers le 15 juin, sans cause connue, une hémorrhagie abondante se déclare dans l'après-midi. On l'arrête en introduisant dans la plaie un plumasseau de charpie imbibé de perchlorure de fer, et soutenu à l'extérieur par une bande roulée assez serrée.

Le lendemain, je trouve la région gonflée, douloureuse au toucher; le malade se plaint de malaise et de céphalalgie. Je prescris un purgatif et le repos; je ne touche point au pansement. Deux jours après, nouvelle hémorrhagie, dont on triomphe aussi aisément et par les mêmes moyens. Ce retour du sang me préoccupe; je crains que le projectile n'en soit la cause, et je songe à débrider la plaie, pour le rechercher et l'extraire. Deux ou trois jours se passent sans nouvelle hémorrhagie. Le malaise général disparaît, la fièvre tombe, et je diffère encore l'entreprise.

Tout va bien jusqu'au 29 juin. Ce jour-là, l'hémorrhagie se renouvelle, on l'arrête sans peine. — Le 30, elle reparaît trois fois, traversant l'appareil, mais facile encore à réprimer par la compression. En même temps je constate de la fièvre avec céphalalgie, constipation, soif, inappétence, mauvaise humeur. Le blessé se laisse à peine examiner et refuse obstinément toute opération. Comme la perte totale du sang était restée jusque-là peu considérable, j'accorde un répit pour prescrire d'ailleurs un purgatif le matin et du sulfate de quinine le soir.

Cette journée du 1er juillet est marquée par le retour incessant des hémorrhagies. La première fois, on arrête le sang avec quelque peine à l'aide d'une série de boulettes de charpie réunies par un fil commun (tamponnement en cerf-volant); mais à plusieurs reprises,

sept ou huit fois au moins dans les 24 heures, le sang traverse l'appareil; on comprime par dessus avec succès. La perte de sang est assez notable.

Le 2 juillet au matin, le malade est pâle, affaibli, très-craintif et très-soumis. Il n'a point dormi; la fièvre est plus forte que la veille; sa face est tuméfiée et douloureuse au toucher.

Le chloroforme est difficilement supporté; il provoque une grande agitation et ne produit que pour un temps très-court la résolution complète; à chaque instant le malade s'agite, se débat, vocifère, ce qui rend très-laborieux les actes opératoires suivants :

On enlève d'abord les boulettes de charpie, aussitôt le sang s'échappe en abondance; le doigt indicateur de la main gauche est rapidement porté dans la plaie, et après quelques tâtonnements arrête l'hémorrhagie; de la main droite, armée d'un bistouri, j'agrandis la plaie en avant et en arrière, le long du bord inférieur de l'os malaire, pour faciliter les recherches dans la profondeur. Je ne trouve aucun corps étranger, mais je constate des lésions osseuses méconnues jusqu'alors : le bord inférieur de l'os malaire est échancré ainsi que le bord antérieur de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur; on sent aussi des inégalités osseuses au niveau de la tubérosité maxillaire.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie étant momentanément arrêtée par la compression digitale, je cherche à remplacer l'action du doigt par un tamponnement exact. J'entasse donc avec soin un certain nombre de boulettes de charpie sèche, mais je n'ai pas achevé que déjà le sang reparaît en abondance; il ne s'arrête que par la compression de la carotide primitive. Grâce à cet expédient, je puis renouveler tout le tamponnement et le faire surtout avec toute l'exactitude désirable. — Malheureusement, à peine le doigt quitte la carotide que l'hémorrhagie recommence.

Le sang s'échappe, monte, remplit la cavité et paraît au dehors, sans que je puisse voir exactement d'où il sort et quel vaisseau le fournit. Cependant, comme la compression digitale directe arrête l'écoulement quand je presse en haut et en arrière, dans le fond de la cavité, j'essaye de toucher ce point avec le fer rouge. La carotide comprimée et la plaie débarrassée des caillots, je porte successivement sur le point susdit quatre cautères olivaires. Mais en vain! le sang s'échappe comme auparavant.

Toutes les tentatives d'hémostase directe ayant échoué, il me restait la ressource ultime de la ligature de la carotide. Je confiai à mon aide le soin de comprimer dans la plaie avec le doigt, et je

procédai à la ligature en question. La brièveté du cou, le volume des muscles, l'agitation incessante du malade rendaient très-laborieux la découverte et l'isolement du vaisseau.

Je me proposais d'abord de lier seulement la carotide externe; mais, ayant mis à nu, à grand'peine, la carotide primitive près de sa bifurcation, je crus plus sage de l'étreindre aussitôt, pour terminer une séance opératoire qui, en raison de toutes les tentatives énoncées plus haut, durait déjà depuis plus d'une demi-heure.

Un nouvel incident survint encore. J'étais aussi mal outillé que possible; je n'avais pas d'aiguille de Deschamps, mais seulement une mauvaise sonde cannelée qui pliait comme du plomb. En chargeant l'artère, après l'avoir dénudée, je pus craindre d'avoir lacéré sa tunique externe; c'est pourquoi, la première ligature placée, je passai un nouveau fil et fis une seconde ligature à 12 millimètres plus haut, de façon à ce que, en cas de blessure incomplète de l'artère, le point lésé se trouvât entre les deux fils.

L'hémorrhagie était enfin domptée. De la charpie alcoolisée fut appliquée dans la plaie profonde de la face et dans la plaie de la ligature. Le malade fut reporté dans son lit; il se réveilla progressivement. Je me préoccupai sur-le-champ de l'hémiplégie; il n'y en avait pas trace. Il n'existait non plus ni déviation de la face, ni embarras de la parole.

Dans la journée, le malade fut relativement assez bien. Il reçut avec joie l'assurance de l'arrêt définitif du sang, et n'accusa que des souffrances modérées. Il prit et garda du bouillon et du vin. Dans l'après-midi, il fut un peu agité, se leva sur son séant et parla avec quelque animation. Dans la soirée, il redevint calme, causa quelques instants avec la sœur de service, et enfin parut s'endormir paisiblement. Il est certain qu'à huit heures du soir il n'offrait pas la moindre trace d'hémiplégie.

Pendant la nuit, l'infirmier de veille constate seulement un sommeil profond; mais, au lever du jour, on reconnaît qu'il s'agit d'un état comateux, avec perte presque complète de connaissance.

A la visite du matin, l'état n'a pas changé. La tuméfaction du visage empêche de juger de la déviation des traits; mais l'hémiplégie est complète à gauche. Je parviens, non sans peine, à réveiller le malade et à en tirer quelques réponses brèves, mais d'ailleurs raisonnables; il n'accuse aucune souffrance, se plaint seulement quand on touche à ses plaies, et retombe aussitôt dans le coma. La peau est chaude, la fièvre intense.

Le pronostic est très-grave; je prescris, néanmoins, des révulsifs

aux membres inférieurs et du calomel. Mais les choses vont en s'aggravant, et la mort survient dans la nuit suivante, à quatre heures du matin, quarante-deux heures après la ligature, trente heures environ après le début de l'hémiplégie, qui s'est produite sans doute dans le cours de la première nuit.

Autopsie six heures après la mort, avant tout indice de décomposition.

Méninges modérément injectées, hémisphères cérébraux plutôt pâles et anémiques, surtout à droite. Le cerveau enlevé, on constate sur-le-champ que la carotide droite, coupée en travers, à la sortie du canal carotidien, est complétement remplie par un caillot qui se prolonge, sans interruption, dans l'artère cérébrale moyenne et ses principales ramifications dans la scissure de Sylvius : on dirait que ces vaisseaux ont été injectés avec une matière solidifiable. Les deux ventricules latéraux sont ouverts par la partie supérieure. A gauche, tout est à l'état normal, comme couleur et consistance; à droite, on trouve une certaine quantité de sérosité un peu louche. La paroi inférieure présente une teinte jaunâtre et cède à la pression du doigt. Il y a évidemment là un ramollissement cérébral. Pour en juger, nous soumettons les deux côtés à l'action d'un filet d'eau : à gauche, la pulpe cérébrale résiste; à droite, elle se désagrége aussitôt.

M. Jeoffroy, interne distingué des hôpitaux, a examiné avec soin l'état du cerveau et a bien voulu me remettre une note, que je reproduis textuellement :

« L'encéphale enlevé et reposant sur sa convexité, on constate les particularités suivantes : 1° L'artère sylvienne droite est complétement oblitérée par un caillot relativement ancien, c'est-à-dire plus ancien, à coup sûr, que les caillots de l'agonie. Il remplit le trou de l'artère et s'étend dans ses branches de premier ordre. Au delà, les rameaux de second ordre sont vides.

« 2° L'artère sylvienne gauche ainsi que toutes les autres artères de la base sont vides.

« 3° Aucun de ces vaisseaux ne présente de trace d'athérome, n à droite ni à gauche.

« 4° Méninges du lobe cérébral gauche injectées et même ecchymosées. A droite, elles sont normales.

« 5° Le mésocéphale et le lobe cérébral gauche sont tout à fait sains.

« 6° Lobe cérébral droit profondément altéré; diminution considérable de consistance, qui rappelle celle des vastes foyers d'apo-

plexie. Une coupe horizontale montre un large foyer ramolli, qui comprend la plus grande partie de la couche optique, des corps striés et du centre ovale de Vieussens. Le ramollissement s'étend surtout au lobe antérieur, sans aller, toutefois, jusqu'aux circonvolutions frontales. Toute la substance de ce lobe, y compris la partie ramollie, est beaucoup plus pâle que celle du lobe gauche.

« L'examen microscopique de la substance ramollie, répété plusieurs fois et dans les points les plus diffluents, ne révèle ni corps granuleux, ni granulations graisseuses. Les tubes nerveux et les vaisseaux sont sains : la myéline s'échappe seulement avec plus de facilité. On sait, du reste, que les choses peuvent se passer ainsi trente ou quarante heures après l'oblitération cérébrale. »

Au cou, la plaie de la ligature commence à s'enflammer et à suppurer. Les fils sont en place; ils n'étreignent que la carotide. La veine jugulaire, le nerf pneumo-gastrique et le grand sympathique n'ont pas été lésés, ni même froissés. Les deux ligatures sont distantes de 12 millimètres environ.

L'inférieure porte sur la terminaison de la carotide primitive à 5 ou 6 millimètres de la thyroïdienne. La supérieure, située à égale distance au-dessus de cette même artère, étreint à la fois les carotides interne et externe tout près de leur origine.

Un caillot occupe la carotide primitive entre la première ligature et le cœur; il est court et remplit à peine le vaisseau dans l'étendue de 10 à 12 millimètres.

Un second caillot se trouve dans le tronçon compris entre les deux ligatures; il se prolonge de quelques millimètres dans la thyroïdienne supérieure.

Enfin, on retrouve encore des caillots très-étendus : 1° dans la carotide externe et toutes ses branches; 2° dans la carotide interne, entièrement oblitérée depuis la ligature jusqu'à l'entrée dans le crâne. Le même caillot existe dans la portion du vaisseau qui occupe le canal carotidien et se continue avec celui qui remplit l'artère cérébrale moyenne.

En un mot, la trombose artérielle s'étend à tout le système carotidien du côté droit, si j'en excepte la cérébrale antérieure, la communicante de Willis et peut-être l'ophthalmique, qui n'a pas été examinée.

J'ajoute que le caillot carotidien interne n'offrant aucune solution de continuité, l'oblitération de la cérébrale moyenne ne peut être attribuée à une embolie, mais à l'ascension, à l'élongation progres-

sive de bas en haut du caillot, formé d'abord dans la partie extra-crânienne de la carotide interne. On s'explique ainsi, de la manière la plus satisfaisante, l'apparition assez précoce, mais cependant non soudaine, de l'hémiplégie ; il est bien regrettable que ce symptôme se soit produit pendant la nuit, car nous ignorons la marche qu'a suivie la paralysie. On sait que celle-ci se montre quelquefois tout à coup, comme s'il s'agissait d'une véritable apoplexie. Sans doute alors il y a embolie. D'autres fois elle s'achève avec plus de lenteur ; la coagulation ascendante du sang en rendrait bien compte.

Dans tous les cas, l'observation présente est tout à fait conforme à la théorie proposée par notre collègue M. L. Lefort, pour expliquer les accidents cérébraux qui suivent de plus ou moins près la ligature de la carotide primitive. La seconde ligature, jetée par prudence sur la carotide interne elle-même, n'a peut-être pas été sans influence sur le fâcheux résultat, et me fait regretter plus que jamais de n'avoir pas lié exclusivement et uniquement la carotide externe : pratique qui doit définitivement prévaloir en cas d'hémorrhagie de la face.

L'examen de la plaie génale confirme l'existence des lésions osseuses de l'os malaire et de l'apophyse coronoïde, déjà reconnue pendant l'opération. On voit, de plus, que le projectile a traversé la partie la plus reculée de l'antre d'Highmore et brisé l'extrémité postérieure du cornet moyen et inférieur. La pituitaire a été égament déchirée dans une petite étendue, en l'absence de toute hémorrhagie par la fosse nasale et le pharynx; ce trajet de la blessure ne pouvait être soupçonné. Nous ne retrouvâmes pas de projectile, mais seulement une petite lamelle de plomb, irrégulière, mince, large à peine comme l'ongle et collée à l'os malaire.

Il nous fut également impossible de retrouver le vaisseau qui fournissait l'hémorrhagie; à la vérité, le fer rouge avait détruit les parties molles dans la profondeur de la plaie et converti les tissus en une bouillie noirâtre. Tout porte à croire qu'ici comme dans la plupart des cas d'hémorrhagie secondaire repétée, le sang était fourni par des vaisseaux d'un calibre assez restreint.

Les viscères étaient sains; cependant le foie, volumineux, offrait çà et là cette coloration jaunâtre, pointillée et en plaques, sur laquelle M. le docteur Hayem a fait des observations si intéressantes, et en particulier sur le foie d'un malade de mon service, qui, l'an dernier précisément, succomba à des hémorrhagies consécutives. Quelques fragments de la glande hépatique furent donc portés sans indication de la provenance. M. Hayem me fit répondre que les

lésions étaient identiques à celles qu'il avait constatées jadis et qu'elles indiquaient une pyohémie commençante.

Si notre opéré a manifestement succombé à un ramollissement cérébral rapide, dû lui-même à l'oblitération d'une grosse artère cérébrale, en revanche, les hémorrhagies qui ont nécessité la ligature étaient symptomatiques d'une maladie générale qui aurait plus lentement, mais tout aussi sûrement amené la mort.

En constatant ce fait, je ne veux pas dire qu'il ne fallait pas tenter la ligature dans le cas actuel, car le diagnostic de la pyohémie ne pouvait être posé, et quand bien même il l'eût été, l'indication n'en serait pas moins restée formelle.

Dans un cas récent, j'ai été appelé pour une hémorrhagie de la fémorale chez un sujet épuisé par des pertes sanguines internes, et qui offrait la plupart des signes classiques de l'infection purulente. Bien que sans espérer de succès, je liai les deux bouts du vaisseau dans la plaie, et, contre toute attente, le malade se rétablit.

DISCUSSION.

M. LEGOUEST. Je désire insister sur quelques points de pratique. M. Raynaud n'a lié que la carotide primitive, et il s'étonne d'avoir eu une hémorrhagie consécutive; mais il eût été étonnant qu'il n'y en eût pas eu. M. Raynaud dit encore qu'il a reculé devant la nécessité d'une dissection pour lier le bout supérieur des artères; c'était cependant la seule chose à faire. On doit toujours chercher des vaisseaux dans une plaie et les lier. C'eût été difficile chez le malade de M. Raynaud, je l'accorde ; mais il fallait rechercher les vaisseaux après la ligature de la carotide primitive, alors que l'écoulement du sang était arrêté.

Pour ce qui est des hémorrhagies consécutives, j'ai déjà appelé l'attention sur ce fait. Dans les plaies par armes à feu, elles sont fréquentes, et le plus souvent on les voit apparaître par séries dans les hôpitaux, annonçant l'infection purulente.

Je ne m'explique pas bien pourquoi M. Verneuil a enlevé le tamponnement qui avait arrêté la dernière hémorrhagie. J'aurais laissé le tamponnement, puisqu'il y a un exemple, dû à Larrey, où la compression a arrêté une hémorrhagie grave d'une carotide.

M. LABBÉ. Je ne crois pas que le malade de M. Verneuil ait eu une hémorrhagie diathésique. Le siége de la blessure de l'artère suffit pour expliquer l'hémorrhagie persistante ; M. Verneuil n'a pas

pu arrêter le sang ; ce n'est point comme cela que se passent les hémorrhagies diathésiques.

M. CHASSAIGNAC. La répétition des hémorrhagies constitue une condition particulière de vie; les malades se trouvent alors exposés à des accidents. C'est là ce que je vois de plus clair, et c'est pour cela que je ne suis pas partisan de ligatures des artères dans les plaies en suppuration. Je ne serais pas éloigné de penser que la coagulation du sang dans les artères et l'inflammation de la plaie ont été dues à ce que la plaie a été tourmentée par les explorations répétées et les tentatives d'hémostase.

M. VERNEUIL. M. Legouest me demande pourquoi j'ai enlevé le tamponnement pour faire la ligature. Je ne pouvais laisser le malade sous l'imminence d'une nouvelle hémorrhagie. Il en avait eu déjà 15; je ne pouvais laisser le malade, abandonné, sans lui faire quelque chose. J'ai déjà insisté ici sur les hémorrhagies diathésiques, sur ces hémorrhagies qui apparaissent tout à coup ou reparaissent avec persistance au moment où l'infection purulente s'établit et dont elles sont, pour ainsi dire, l'un des premiers signes bien caractérisés. Je dirai à M. Labbé que mon malade était dans des conditions de santé défectueuse, et que, s'il n'avait pas une infection purulente confirmée, il pouvait l'avoir le lendemain ou quelques jours après.

J'ai vu souvent ce qu'a remarqué M. Legouest relativement aux hémorrhagies dans le cours de la cicatrisation des plaies par armes à feu. Dans la nuit du 2 au 3 juin, j'ai eu une série d'hémorrhagies consécutives chez mes blessés de l'hôpital Lariboisière, et l'infection purulente s'est confirmée les jours suivants chez ces blessés.

M. LEGOUEST. Je ne crois pas que les hémorrhagies consécutives soient nécessairement liées à l'infection purulente; mais j'ai vu, dans les hôpitaux encombrés, cinq à six hémorrhagies à la fois être suivies d'infection purulente. En face d'une hémorrhagie consécutive dans une plaie par arme à feu, j'ai toujours des craintes sérieuses.

M. CHASSAIGNAC. Je ne peux pas admettre que les hémorrhagies soient un indice de pyohémie quand les malades n'ont pas d'infection purulente. Nous avons tous fait des ligatures d'artère, et nous savons que ces opérations sont assez souvent suivies d'infection purulente, et nous nous sommes demandé si ce n'était pas la ligature qui était la cause de l'infection purulente. Il ne faudrait pas prendre pour un signe d'infection purulente ce qui peut être un effet de la ligature ou du sang perdu.

M. LABBÉ. Je me joins à M. Chassaignac; je crois que l'individu

qui a des hémorrrhagies est disposé à l'infection purulente. Si l'on peut arrêter l'hémorrhagie, les malades peuvent guérir. J'ai donné des soins à des blessés qui avaient eu des hémorrhagies rebelles 16 et 27 fois répétées; j'ai lié enfin le vaisseau qui donnait; les malades, très-affaiblis, ont guéri. Il est vrai qu'ils étaient isolés. S'ils avaient été dans un lieu encombré, ils auraient eu sans doute de l'infection purulente.

M. FORGET. M. Verneuil nous dit que son malade allait très-bien au bout de trois semaines et qu'on le croyait guéri. Je ne vois pas ce qui pouvait faire penser à M. Verneuil que son malade était diathésique.

M. DESPRÉS. Tous ceux qui ont vu des blessés de guerre pendant ces dernières campagnes ont été frappés du fait du fâcheux pronostic qu'entraînaient les hémorrhagies consécutives. Pour ma part, je n'ai pas manqué de voir nombre d'hémorrhagies consécutives qui étaient la première phase de l'infection purulente.

Il ne faut pas confondre les faits dont parle M. Labbé avec les faits d'hémorrhagie consécutive dans des plaies où aucun vaisseau important capable de donner des hémorrhagies graves n'a été intéressé, comme des sétons simples des parties molles, par exemple. Depuis Boyer, nous connaissons ces hémorrhagies à répétitions où l'on épuise les moyens hémostatiques, et qui ne cèdent qu'à une ligature bien faite au niveau de la plaie artérielle. Les deux genres d'hémorrhagie n'ont point la même signification, et on ne doit pas les confondre.

M. VERNEUIL. J'ai défini les hémorrhagies diathésiques dont parle M. Després, des hémorrhagies par des vaisseaux innommés, et ce sont bien celles-là qui ont une signification; elles sont peu abondantes, mais fréquentes, et elles sont l'indice certain de la septicémie. J'ai remarqué que chez des malades opérés, lorsqu'au bout de quelques jours l'état général paraissait mauvais, en examinant, je trouvais une température de 40 degrés. Alors se montraient peu après des frissons et des hémorrhagies; souvent cette hémorrhagie était constituée par un simple écoulement d'un peu de sang, qui donnait lieu à un caillot peu volumineux. Je dis, quand le malade a eu de la fièvre et une hémorrhagie, qu'il a une hémorrhagie diathésique, et c'est l'événement qui vient prouver la réalité du pronostic; l'infection purulente ne tarde pas à apparaître. Mais je distingue bien de ces faits ceux qui ont lieu à la suite des plaies des artères de la main, où les hémorrhagies ont lieu par un bout de l'artère non lié.

M. SÉE. Il y a un état général qui précède les hémorrhagies consécutives. Quand les blessés sont dans de bonnes conditions hygiéniques, il n'y a pas d'hémorrhagies consécutives. Cependant j'ai donné des soins à un colonel qui avait eu des hémorrhagies consécutives à une plaie du cou; la carotide avait été liée, le malade allait très-bien ; une petite plaie restait au tégument; par cette plaie, une hémorrhagie a eu lieu et a emporté le malade, mais il n'y a pas eu d'infection purulente. Ce malade habitait un appartement où il était seul. Ce sont les mauvaises conditions morales du malade qui me paraissent avoir entraîné sa mort.

M. LABBÉ. Le malade de M. Verneuil n'était pas diathésique avant la ligature de l'artère.

M. VERNEUIL. Je ne dis pas que le malade avait une infection purulente. Les hémorrhagies peuvent être diathésiques en dehors de l'infection purulente ; la septicémie simple est une cause fréquente d'hémorrhagies. Des lésions viscérales au foie présentant l'état gras que j'ai indiqué, donnent à un malade un cachet diathésique qui peut provoquer la tendance aux hémorrhagies consécutives. Mon malade avait d'ailleurs une élévation de la température intérieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire annuel: ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les numéros du 15 août au 1er octobre de la *Gazette des Hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin de thérapeutique*. —

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — *L'Art dentaire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Marseille médical*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest* (juin et juillet). — Le *Bulletin médical du nord de la France* (août et septembre).

— Les *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. VII, 1870. — Les *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, t. IX et X, années 1869 et 1870. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1871, nos 6 et 7. — *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg*, 1870. — *Bulletin de l'Institut luxembourgeois*.

— *De l'utilité qu'il y aurait à multiplier en France les Facultés de médecine; ressources et titres de l'École préparatoire de médecine de Nantes à être transformée en Faculté*, par le docteur A. Laënnec, professeur à cette école.

— *Notice sur le professeur Küss*, lue à la Société de médecine de Strasbourg; par M. le docteur Hergott.

— *Origine nouvelle du choléra asiatique ou début et développement en Europe d'une nouvelle épidémie cholérique*, par le docteur Tholozan.

— *The Hunterian oration for* 1871, by William Fergusson.

— *Transaction of the pathological society of London*, t. XXI.

— *Rapport sur la médecine cantonale de la Sarthe pour* 1870, par le docteur Mordret.

— Deux lettres de MM. Depaul et Legouest, qui demandent un congé.

— Une circulaire du préfet de police, qui demande à la Société de vouloir bien disposer des livres rares qu'elle aurait en double exemplaire pour reconstituer la bibliothèque de la préfecture de police, détruite par l'incendie.

M. LARREY. D'ici à quelque temps, la Société recevra pareille demande pour la bibliothèque du Louvre; il serait peut-être bon d'ajourner notre réponse jusqu'au moment où nous aurons reçu les deux demandes.

La proposition d'ajournement faite par M. Larrey est adoptée.

ÉLECTION

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'une vacance à une place de membre titulaire a été déclarée le 5 juillet dernier.

COMMUNICATION

Traitement des collections séreuses par une injection d'alcool.

M. Monod lit le mémoire suivant qui a pour titre : *Note sur la possibilité de guérir les collections séreuses en injectant de l'alcool dans la cavité qui contient la sérosité accumulée.*

La cause immédiate de l'accumulation de la sérosité, soit dans les poches séreuses normales, soit dans les kystes, est un défaut d'équilibre entre la sécrétion et l'absorption; la sécrétion l'emporte sur l'absorption; de là la collection séreuse. — La disparition, quelquefois très-rapide, de certaines de ces collections, soit spontanément, soit sous l'influence de traitements divers, prouve que l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption peut se rétablir complétement et sans récidive.

Je me suis demandé s'il ne serait pas possible de rétablir cet équilibre en modifiant la composition du liquide accumulé dans la poche, et j'ai fait quelques tentatives dont les résultats m'ont paru assez satisfaisants pour vous être communiqués.

Je fus consulté, il y a trois ans, par un de mes amis, placé à la tête d'une des principales maisons de banque de Paris, pour un goître qui avait pris graduellement un développement assez considérable pour ne pouvoir plus être dissimulé par la cravate et pour gêner la respiration. Je crus reconnaître un kyste de corps thyroïde, et m'assurai de la vérité de mon diagnostic en faisant une ponction au moyen du trocart explorateur, qui donna issue à un verre de sérosité citrine. Lorsque la poche fut pleine de nouveau, je proposai au malade d'essayer un traitement qui pourrait amener une guérison radicale, sans le faire souffrir plus que lors de la première ponction, sans interrompre ses occupations, sans lui faire courir le moindre danger. J'avais, en faisant cette proposition, présent à l'esprit un fait de guérison d'un kyste semblable, dont j'ai entretenu la Société de chirurgie à une époque où presque aucun de vous n'en faisait partie. Il s'agissait d'une dame venue de Genève pour me consulter; je la traitai par l'injection iodée; les suites furent graves, les douleurs furent très-vives, mais le résultat définitif fut heureux; la guérison fut radicale, après six semaines de souffrances. Mon malade accepta avec empressement ma proposition. Au moyen d'un petit trocart à hydrocèle, je tirai une cuillerée à soupe de sé-

rosité, que je remplaçai immédiatement en injectant par le trocart une quantité un peu moindre d'alcool à 40 degrés, coupé avec moitié eau. Il n'y eut pas de sensation douloureuse; il ne se manifesta aucun symptôme inflammatoire. La tumeur conserva la même mollesse au toucher qu'avant l'opération, et, pendant la quinzaine qui suivit, elle diminua notablement. La résolution, pendant les jours suivants, ne paraissant pas continuer, je fis une seconde ponction; je laissai écouler un peu plus de liquide, qui me parut semblable à celui que j'avais obtenu les deux premières fois, et injectai une solution plus forte d'alcool. Les suites furent aussi nulles que la première fois sous le rapport de la douleur et de l'inflammation; mais, cette fois, la résolution fut complète. La guérison date maintenant de trois ans.

J'ai été consulté, au printemps de 1870, par un négociant affecté d'une hydrocèle de la grosseur du poing. Il était fort embarrassé, n'ayant pas de temps ni d'argent à dépenser sans nécessité absolue. Je crus pouvoir lui promettre que je le guérirais sans douleur et sans arrêt de ses occupations. Au moyen de la seringue de Pravaz, modifiée par Lüer, je tirai une petite cuillerée à soupe de sérosité citrine et injectai le contenu de la seringue, c'est-à-dire *un* gramme d'alcool à 40 degrés, coupé avec moitié eau. Il ne se produisit ni douleur, ni inflammation; mais l'hydrocèle diminua graduellement de volume. Le malade venait me voir tous les huit jours; constatant, au bout de trois semaines, que la résolution s'était arrêtée, je fis, dans mon cabinet, une nouvelle ponction, suivie d'une nouvelle injection un peu plus forte. La résolution marcha un peu plus vite; cependant, je crus devoir, au bout de quinze jours, faire une troisième ponction, suivie d'injection, en grande partie pour satisfaire mon malade, qui, voyant les heureux résultats des deux premières piqûres, en réclamait une troisième, ayant hâte d'en finir.

Ces choses se passaient peu de jours avant l'investissement de Paris par les Allemands. Mon opéré partit pour la Belgique. Il est venu me voir après le siége, et j'ai pu constater que la bourse opérée était pareille à l'autre à la vue; on sentait au toucher un peu de liquide autour du testicule. Cette guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

J'ai été consulté ce printemps par un négociant de 35 ans, vigoureux, affecté d'une hydrocèle plus volumineuse que le poing, dont le début remontait à une époque indéterminée, et qui avait grossi rapidement dans ces derniers temps.

Le 5 mars, je tirai, au moyen de l'aiguille de la seringue de Lüer, une cuillerée à soupe de liquide citrin, et injectai 20 gouttes d'alcool à 40 degrés. L'opéré n'éprouva pas de douleur à la suite de cette injection, mit un suspensoir et alla vaquer à ses affaires.

11 mars. L'opéré vient me voir, et je constate que la tumeur a perdu la moitié de son volume, et est plus molle qu'avant l'opération.

25 mars. L'hydrocèle a diminué très-sensiblement ; elle ne contient plus guère que deux cuillerées à soupe de liquide, autant qu'on en peut juger par l'apparence.

Au commencement d'avril, je quittai Paris, et ne revis le malade qu'à mon retour, le 10 juin ; constatant alors que la résolution n'avait pas continué à se faire, je fis une seconde piqûre ; je tirai deux grammes de liquide citrin et injectai un gramme d'alcool à 40°.

Ayant quitté Paris le même jour, je n'ai pas revu le malade, que j'ai trouvé absent lors de mon retour, avant-hier ; mais sa femme m'a dit qu'il allait bien.

J'ai encore à vous entretenir d'un quatrième fait, que j'ai observé avec d'autant plus d'intérêt qu'il m'est personnel.

Il y a trois ans environ que je m'aperçus du début d'une hydrocèle dans la bourse gauche. — Le développement en fut lent, mais graduel, et le 4 septembre dernier elle avait la grosseur d'un œuf de poule.

Le matin de ce jour, étant à ma toilette, je tirai, au moyen de l'aiguille de la seringue de Lüer, deux grammes de liquide et injectai un gramme d'alcool à 40° ; je n'éprouvai pas d'autre douleur que celle de la piqûre ; je mis un suspensoir et fis, dans la matinée, une assez longue promenade à pied.—J'éprouvai dans la journée un peu de sensibilité du testicule au toucher et sur le trajet du cordon. Le soir, cette sensibilité avait complétement disparu, et, à mon grand étonnement, je constatai une très-notable diminution dans le volume de l'hydrocèle.

7 septembre. Il ne reste plus qu'une cuillerée à soupe environ de liquide autour du testicule. — J'ôte le suspensoir.

27 septembre. La résolution paraît arrêtée ; mais, d'un autre côté, le volume de l'hydrocèle n'augmente pas. Je me détermine à laisser passer quelques mois pour voir ce que deviendra ce restant d'hydrocèle.

De ces faits, je crois devoir conclure qu'il y a possibilité de déterminer la résorption du liquide accumulé dans certaines collections séreuses, en substituant à une petite partie du liquide une

moindre quantité d'alcool à 40°; que dans l'hydrocèle cette substitution produit, non la destruction de la tunique vaginale, mais le rétablissement de son état normal.

J'ai la conviction que ce traitement pourrait être utilement appliqué à la plupart des collections séreuses qui ne sont pas dues à une cause mécanique, qu'elles aient lieu dans une cavité normale ou dans un kyste. — A en juger par la parfaite innocuité constatée dans les faits que je viens de relater, je crois qu'on pourrait, sans imprudence, essayer ce traitement dans l'hydarthrose de genou, dans les kystes simples de l'ovaire, dans l'ascite essentielle, l'hydrothorax et peut-être dans l'hydrorachis et l'hydrocéphalie.

Je suis loin de prétendre pouvoir baser sur ces quelques faits les règles d'un traitement. — Je ne sais pas si, en cherchant bien, on ne trouvera pas que l'idée que je viens de vous exposer est de l'histoire ancienne; mon seul but, en exposant ces faits à la Société de chirurgie, est d'appeler sur un moyen curatif, qui me paraît utile, l'attention de mes chers collègues, beaucoup mieux en état que moi d'en assurer la pratique, s'il est bon, ou de prouver que je me suis trompé dans l'interprétation des faits observés par moi.

M. A. GUÉRIN. La communication de M. Monod est très-intéressante, mais il y a 15 ans que M. Dupieris a insisté sur l'utilité de faire, pour des cas semblables, une injection avec une cuillerée à café d'alcool. Le travail de M. Monod viendra donc corroborer des faits déjà connus.

M. DOLBEAU. Il y a certainement dans la science des faits analogues à ceux qui ont été recueillis par M. Monod, mais ils en diffèrent cependant à un certain point de vue qu'il est bon, je crois, de mettre en lumière. Les chirurgiens qui ont précédé M. Monod dans cette voie, et parmi eux je puis citer A. Richard, vidaient la tunique vaginale avant d'y injecter de l'alcool. Cette pratique n'avait pas été adoptée parce qu'elle avait des inconvénients et qu'elle était souvent suivie de récidive. Dans le procédé qui nous est décrit par M. Monod, on ne vide pas la cavité séreuse; on se contente de soustraire une petite quantité de sérosité pour injecter ensuite une cuillérée à café d'alcool, cinq grammes environ. L'expérience dira quels sont les avantages de la modification opératoire proposée par M. Monod, mais aujourd'hui il est difficile de se prononcer, parce que les observations de notre collègue sont incomplètes. Peut-être, comme le dit M. Monod, l'alcool rétablit l'équilibre entre l'absorption et l'exhalation.

M. L. LABBÉ. La pratique de M. Monod est nouvelle et originale, parce que, ainsi que l'a fait remarquer M. Dolbeau, au lieu de vider complétement la cavité séreuse, il ne retire qu'une très-petite quantité de sérosité avant de faire l'injection d'alcool. En admettant même que ce procédé opératoire ait été appliqué, il avait du moins été complétement abandonné, et M. Monod a le mérite d'avoir étudié de nouveau l'influence d'une injection d'alcool dans les épanchements séreux et d'avoir élucidé ce point de physiologie pathologique.

M. DESPRÉS. Les injections d'alcool remontent loin; elles se faisaient du temps de Dionis, et Boyer indique qu'un chirurgien du Cap injectait de l'alcool dans la tunique vaginale. La nouveauté du procédé de M. Monod consisterait à ne pas vider complétement la tunique vaginale et à y introduire une petite quantité d'alcool qui, en se mélangeant à la sérosité, modifierait son action sur la tunique vaginale. On peut rapprocher de cette pratique celle de M. Maisonneuve, qui tirait une partie du liquide d'une hydrocèle pour l'injecter ensuite dans la tunique vaginale d'où il sortait, espérant ainsi que, modifié par l'air, il pourrait acquérir des propriétés curatives.

Quand, pour obtenir la guérison d'une hydrocèle, on fait une injection de teinture d'iode et qu'on retire le liquide injecté, la tunique vaginale sécrète une nouvelle quantité de sérosité qui est résorbée un peu plus tard. C'est là un fait de physiologie pathologique bien connu qui se retrouve dans les observations de M. Monod, car, à mon avis, un malade atteint d'hydrocèle chez lequel se reproduit du liquide après une injection iodée est à peu près dans les mêmes conditions qu'un malade auquel M. Monod aurait fait une petite injection d'alcool.

M. A. GUÉRIN. M. Labbé a dit que l'originalité du procédé de M. Monod consistait principalement en ce qu'il ne vidait pas la tunique vaginale avant d'y faire une injection d'alcool; mais notre collègue pourra s'assurer, en lisant mon *Traité de chirurgie opératoire*, que j'ai depuis longtemps donné le conseil de ne pas vider complétement la tunique vaginale, parce que, en agissant ainsi, on est assuré que l'extrémité de la canule reste dans la tunique vaginale, tandis que, en évacuant la totalité du liquide, la canule peut quitter la tunique vaginale, et on se trouve exposé à pousser l'injection entre les tuniques qui forment les bourses. J'ai dit aussi, dans le même livre, qu'il suffit d'injecter un liquide médicamenteux qui, mélangé à la sérosité, puisse modifier la tunique vaginale. Beaucoup de chirurgiens ont d'ailleurs depuis longtemps

donné le conseil de laisser dans la tunique vaginale une partie du liquide épanché ; mais je reconnais que M. Monod en laisse une plus grande quantité que tous ses devanciers ; c'est une question du plus ou du moins.

M. VERNEUIL. L'opération telle que la fait M. Monod est intéressante ; elle est minime ; elle se fait en plusieurs temps ; elle peut être répétée sans danger : tout nous invite donc à multiplier ces essais pour la guérison de l'hydrocèle ; mais il ne faudrait pas généraliser trop vite et en conclure qu'une injection de ce genre aura la même innocuité pour tous les épanchements séreux. Quand on voit des accidents mortels se produire après une piqûre simple du genou, il faut être réservé, et je n'oserais pas, pour mon compte, injecter une cuillerée d'alcool dans l'articulation du genou pour obtenir plus vite la guérison d'une hydarthrose. Il sera prudent, je crois, d'observer la même réserve dans le traitement des kystes de l'ovaire, car nous savons tous qu'une ponction simple peut être suivie d'épanchement dans le péritoine et de péritonite mortelle.

Dans l'hydrocèle même, une ponction, fût-elle faite avec un trocart, n'est pas exempte de tout danger, car dans quelques cas, rares il est vrai, le liquide s'infiltrera goutte à goutte dans les tuniques des bourses et y déterminera des accidents.

Alors que j'étais jeune chirurgien des hôpitaux, je soignais, à l'Hôtel-Dieu, où je faisais un remplacement, un malade atteint d'une tumeur des bourses ; je fis une ponction exploratrice, qui donna issue à deux cuillerées seulement de liquide citrin, parce que je retirai la canule avant d'avoir vidé la tunique vaginale. Le lendemain, les bourses étaient infiltrées ; elles s'enflammèrent, et le malade perdit la moitié de son scrotum. Il s'agissait pourtant d'une hydrocèle simple.

On peut encore se demander si, dans le procédé opératoire imaginé par M. Monod, l'alcool injecté modifie le liquide épanché et la tunique vaginale assez profondément pour amener la guérison ; si, en un mot, l'alcool est indispensable, ou si la piqûre seule ne suffirait pas, puisqu'on a proposé de traiter l'hydrocèle par la ponction simple ou encore par l'acupuncture.

Je ferai encore remarquer en terminant que, dans le traitement de l'hydrocèle, les méthodes aussi simples que celles que je viens d'indiquer sont souvent suivies de récidive, et les succès obtenus par M. Monod ont, suivant moi, besoin d'être confirmés.

M. TRÉLAT. Dans la question actuellement discutée, il faut encore prendre en considération l'ancienneté plus ou moins grande de

l'hydrocèle et sa nature, car les hydrocèles récentes guérissent beaucoup plus facilement que les hydrocèles anciennes, de même que certaines d'entre elles disparaissent avec une facilité étonnante. A l'appui de ce que je viens de dire, je citerai l'histoire d'un malade atteint d'hydrocèle double, chez lequel je fis une injection dans l'une des tuniques vaginales. Les deux côtés guérirent, bien que l'opération n'eût été faite que d'un seul côté. J'ai déjà vu trois faits de ce genre, et j'en conclus qu'il y a des hydrocèles si bénignes qu'un traitement très-léger suffira pour amencr la guérison.

Il m'a semblé aussi que l'âge des malades avait quelque importance, et je crois avoir remarqué que chez les jeunes gens les hydrocèles récentes guérissaient très-facilement.

Pour asseoir une méthode générale de traitement, il faudrait qu'elle s'appuyât sur un grand nombre de faits, et jusqu'ici M. Monod n'en a recueilli qu'un trop petit nombre (4 observations) pour qu'on puisse porter un jugement définitif sur la valeur du procédé opératoire qu'il a mis en pratique.

M. L. LABBÉ. Il y a longtemps, il est vrai, qu'on a employé l'alcool dans le traitement de l'hydrocèle et qu'on a donné le conseil de ne pas vider complétement les tuniques vaginales; mais néanmoins si M. Monod ne fait pas comme ses devanciers, son procédé opératoire est différent, et la preuve de cette différence se trouve dans les phénomènes consécutifs à l'opération : avec le procédé de M. Monod, il n'y a pas d'inflammation de la tunique vaginale, et les malades continuent de vaquer à leurs opérations, tandis qu'avec toutes les autres méthodes d'injection on observe l'inflammation de la tunique vaginale, on s'efforce même de la provoquer; aussi les malades sont-ils obligés de garder le lit pendant tout le temps que dure cette inflammation.

Comme l'a dit M. Trélat, il y a des collections séreuses qui guérissent avec une facilité étonnante, et il y a peu de temps M. Périer nous a lu une observation de grenouillette double, dans laquelle l'injection faite dans l'une des deux poches suffit pour amener la guérison des deux tumeurs. La facilité et la singularité de cette guérison ont été mises en relief par M. Forget dans le rapport qu'il nous a lu sur ce sujet.

M. MONOD. Je n'ai pas voulu instituer un traitement nouveau, mais simplement appeler l'attention sur une opération innocente. Dans la discussion qui vient d'avoir lieu, je suis surpris que mes collègues n'aient eu en vue que l'hydrocèle, et que l'observation de guérison du kyste de la glande thyroïde n'ait pas attiré leur atten-

tion et motivé quelques réflexions, car je ne connais pas de fait pareil dans la science.

Comme M. Trélat, je sais par expérience qu'une hydrocèle double peut guérir après une injection faite dans l'une des tuniques vaginales ; dans ces cas, on peut invoquer l'influence du voisinage ; mais j'ai vu un fait plus inexplicable chez un malade atteint d'une double hydarthrose du genou. Je fis une injection dans l'une des articulations, et l'autre genou guérit en même temps que celui sur lequel j'avais pratiqué l'opération.

Pour en revenir au procédé opératoire que j'ai décrit, je serais désireux que mes collègues voulussent bien étudier l'injection d'une petite quantité d'alcool dans les collections séreuses. Ma communication n'a pas d'autre but.

M. LARREY. J'ai vu deux faits singuliers, l'un dans la pratique de Velpeau, l'autre dans mon service : c'est la disparition spontanée d'une hydrocèle, pour laquelle l'opération était décidée. Assurément, chez ces malades la guérison était facile ; aussi je me demande si, chez les jeunes sujets, on ne pourrait pas se contenter de faire une ponction simple, sans injection, en la faisant suivre de malaxation. Pour mon compte, j'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès chez de très-jeunes sujets. Dans les cas plus opiniâtres, on pourra essayer le procédé fort ingénieux décrit par M. Monod.

M. A. GUÉRIN. Les injections préconisées par M. Monod pourraient peut-être être rapprochées de certains faits encore peu connus : je veux parler de l'injection d'une très-petite quantité de teinture d'iode ou d'alcool dans les goîtres solides. Ces injections ont quelquefois réussi entre les mains de quelques médecins de l'hôpital Saint-Louis.

M. MONOD. La méthode de traitement dont parle M. Guérin a été exposée dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine.*

M. L. LABBÉ. M. Luton est l'inventeur de la méthode dont on parle, et qu'il a publiée sous le nom de *Méthode substitutive parenchymateuse.* Le travail de M. Luton est des plus intéressants et des plus concluants ; il s'appuie sur de nombreuses expériences et sur plusieurs observations. J'ai essayé cette méthode de traitement sur plusieurs tumeurs ganglionnaires, et il m'a semblé qu'elle avait été utile dans certains cas.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection partielle du maxillaire supérieur. — M. LEDENTU présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur ; il présente en même temps la tumeur enlevée, et donne lecture de l'observation et des réflexions qui lui font suite. Ce travail est intitulé : *Myxosarcôme de la voûte palatine; résection partielle du maxillaire supérieur. — Guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission déjà nommée, et composée de MM. Guérin, Verneuil et Lefort.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Crico-trachéotomie. — M. PANAS. Avant de montrer la pièce d'anatomie pathologique, je crois utile de résumer brièvement l'observation du malade :

Cancer du voile du palais. — P... (Adolphe), rémouleur, né à Lyon, habite Paris depuis vingt ans.

Pas d'antécédents cancéreux dans sa famille ; malade depuis la fin de janvier.

Débuts lents, maux de gorge qu'il attribua aux refroidissements multiples pris en montant la garde. Il est alors survenu successivement un affaiblissement de l'ouïe, d'abord à gauche, puis peu après à droite, et un développement de plus en plus considérable des ganglions du cou.

Entré à l'hôpital le 5 juillet 1871, avec dysphagie considérable et accès de suffocation. — Traitement tonique.

A la fin d'août, phénomène d'asphyxie plus prononcé ; ecchymoses sous-conjonctivales ; teinte bleue de la peau; accès répétés de suffocation. On fait la trachéotomie le 3 septembre 1871, ou plutôt la crico-trachéotomie. On est obligé d'employer une très-grande canule, à cause de la profondeur de la plaie.

Les jours suivants, amélioration notable, mais impossibilité de prendre des aliments solides. Le malade s'affaiblit peu à peu.

Le 27 septembre, il a une hémorrhagie assez abondante par l'ouverture de la trachée et meurt le lendemain.

A l'autopsie, un peu de pleurésie récente des deux côtés, dégé-

nérescence graisseuse du foie et des reins, et lésions cancéreuses du voile du palais.

L'opération que j'entreprenais était faite *in extremis*; elle ne pouvait pas amener la guérison du malade; elle ne pouvait que prolonger son existence en faisant disparaître l'asphyxie. L'opération entreprise dans ces conditions avait donné tout le résultat que j'en attendais, et le malade, opéré le 3 septembre, ne mourut que le 28 du même mois.

Quand j'opérai, le cou était œdémateux; je fis partir l'incision au-dessous du cartilage thyroïde et je la prolongeai jusqu'au sternum. En incisant couche par couche, j'arrivai à trois centimètres de profondeur sans parvenir à sentir la trachée; je résolus alors de faire, séance tenante, comme M. Nélaton l'avait fait, l'excision d'une partie du cartilage cricoïde, après avoir détaché le périchondre et la membrane crico-thyroïdienne. Je pus assez facilement mener à bien cette partie de l'opération, et enlever une partie du cartilage cricoïde; mais l'ouverture n'était pas suffisante et j'incisai les deux premiers anneaux de la trachée. La membrane crico-thyroïdienne n'était incisée que sur la moitié de sa hauteur. Je fis donc une crico-trachéotomie.

Sur la pièce anatomique que je présente, on voit que le cartilage cricoïde tend à se nécroser. Les deux premiers anneaux de la trachée sont en partie détruits, leur quart antérieur est usé par la suppuration et la présence de la canule. Ce sont là des lésions consécutives à l'opération, qui auraient eu une gravité assez grande si le malade avait pu vivre. Je crois, néanmoins, que, dans certains cas particuliers, l'excision du segment antérieur du cartilage cricoïde est une bonne opération, bien qu'elle n'ait pas encore été décrite; on pourrait lui donner le nom de *crico-ectomie*; elle est différente de la simple incision du cricoïde, décrite par Boyer.

M. LARREY. Une semblable opération ne serait pas sans danger, car il y aurait emphysème. En effet, le cartilage enlevé, l'air s'infiltrerait dans les tissus avec tendance à la généralisation de l'emphysème.

M. PANAS. J'opposerai aux objections théoriques qui me sont faites par M. Larrey l'observation de guérison obtenue par M. Nélaton. Au niveau du point où l'opération avait été pratiquée, on trouvait une cicatrice ombiliquée, mais il n'y avait ni fistule ni emphysème. De plus, on peut ajouter en faveur de cette opération que les bords du cartilage maintiennent très-bien la canule en place.

M. LARREY. Il serait intéressant de faire des expériences sur les animaux, pour élucider la possibilité d'un empbysème ainsi que toutes les questions qui se rattachent à cette opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Marseille-Médical*.

Pourriture d'hôpital; traitement de cette affection par le camphre en poudre, par le docteur Netter, médecin militaire.

Clinical Society's Transactions of London, vol. III et IV.

Bulletin de la Société française de secours aux blessés, n° 9; rapport sur les travaux de la septième ambulance, par le docteur Armand Després, ancien chirurgien en chef de la septième ambulance. — Remerciements.

M. Bouvier dépose sur le bureau de la Société : de la *Surdi-Mutité*, discours prononcé à l'Académie en 1854. Article *Main-Bote* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Monod, ne pouvant assister à la séance, envoie la lettre suivante :

9 octobre 1871.

« Monsieur le président,

« En réfléchissant aux remarques qui ont été faites, dans la dernière séance, sur ma communication, il m'a paru que le but que je

m'étais proposé, en lisant cette note, n'avait pas été bien établi par moi, et je demande à le préciser plus clairement :

« Le fait qu'en extrayant une très-petite quantité du liquide constituant une collection séreuse, et y substituant immédiatement une moindre quantité d'alcool à 40°, on peut obtenir la guérison de ces collections, m'a paru établi par quelques observations, et je l'ai signalé à la Société dans l'espoir de provoquer des recherches sur ce fait, qui, s'il était bien établi, serait certainement d'une utilité pratique incontestable.

« Pour ce qui regarde la cure de l'hydrocèle, sur laquelle la discussion s'est concentrée, il est certain que, quelles que soient les tentatives faites antérieurement pour modifier ce traitement, la pratique consiste encore à vider le sac et à provoquer, par l'injection de la teinture d'iode ou de l'alcool, une inflammation adhésive de la tunique vaginale, opération qui est douloureuse et qui exige un repos plus ou moins prolongé. Je pense qu'il n'y a pas un de nos collègues qui, s'il était affecté d'une hydrocèle, ne serait très-heureux de s'en débarrasser comme j'ai pu le faire de la mienne par une simple piqûre d'aiguille, sans rien changer à son train de vie ordinaire, et qui ne s'empresserait de faire profiter ses clients de ce moyen de guérison. Le danger signalé par M. Verneuil, de l'infiltration du liquide dans la bourse, si ce liquide n'est pas complétement évacué, me paraît nul à cause de la ténuité de l'aiguille, et les faits que j'ai cités viennent à l'appui de cette opinion. Le fait raconté par M. Verneuil ne prouve rien à l'encontre, la ponction ayant été faite avec le trocart explorateur. Le tout est de réunir des faits assez nombreux pour mettre hors de doute l'efficacité du moyen de guérison indiqué dans ma note, et c'est dans ce but que j'ai sollicité le concours de mes collègues, étant moi-même *hors de service*. J'ajoute que c'est plutôt à la pratique de ville qu'à celle des hôpitaux que me semble réservée cette tâche, puisqu'il s'agit d'un traitement qui n'exige pas le séjour au lit et qui doit être suivi longtemps.

« Quant à la cure des kystes, je n'ai pu, il est vrai, citer qu'un seul cas de guérison ; mais il m'a paru d'un intérêt très-réel, et j'ai été surpris de le voir passé sous silence dans la discussion. J'appelle de nouveau l'attention de la Société sur ce fait, dans l'espoir que de nouvelles tentatives viendront démontrer la possibilité de guérir certains kystes par ce procédé.

« J'ai exprimé l'espoir que ce procédé pourrait être appliqué à la cure de l'hydarthrose. Malgré les craintes exprimées par M. Verneuil, et que nous partageons tous, basées sur le danger des plaies

pénétrantes du genou, je crois qu'on peut, sans être taxé d'imprudence, essayer ce procédé pour guérir une hydarthrose chronique, parce qu'il y a une grande différence entre une membrane synoviale normale et celle qui a été modifiée par le long séjour de la synovie en excès.

« Quant aux autres collections séreuses, mentionnées dans ma note, je persiste à espérer que des tentatives faites par la Société prouveront que ce procédé peut être utilement appliqué à leur guérison, dans quelques cas au moins.

« Agréez, mon cher président, l'assurance de mon affectueux dévouement.

« G. MONOD. »

M. LARREY présente deux photographies, relatives à une mutilation de la face par un éclat d'obus. Ces photographies représentent le blessé avant et après l'application d'un appareil prothétique, fabriqué par M. Delalain, dentiste.

PRIX

Prix Édouard Laborie. — Le prix Laborie est décerné au meilleur travail sur un sujet quelconque de chirurgie. Les mémoires doivent être reçus au secrétariat général de la Société, avant le 1er novembre de chaque année.

Le prix n'ayant pas été décerné en 1870, il y a lieu de décerner, cette année (janvier 1872), non-seulement le prix dont la valeur annuelle est de 1,200 francs, mais, le cas échéant, des encouragements, pour une somme égale (1,200 fr.), aux compétiteurs qui seraient classés après le premier lauréat.

COMMUNICATION

Tubercules du testicule. — M. VERNEUIL. Les malades atteints de tubercules du testicule séjournent très-longtemps dans nos hôpitaux, où ils sont retenus par des abcès développés autour des foyers tuberculeux, par des lymphangites, par des rougeurs érysipélateuses. Après une amélioration plus ou moins longue, viennent les rechutes successives, et la maladie a une durée illimitée. Pour ces malades, j'ai remis en pratique un moyen préconisé par Dupuytren

et par l'École de Lyon; je veux parler de la cautérisation, qui m'a rendu service dans ces dernières années.

Dupuytren cautérisait avec la potasse caustique, Bonnet (de Lyon) avec le chlorure de zinc. Quand l'escharre tombait, on renouvelait la cautérisation; et dans une observation publiée dans le traité de Philipeaux, on trouve l'histoire d'un malade qui fut ainsi successivement cautérisé cinq ou six fois. J'ai pensé qu'on pourrait remplacer avantageusement les caustiques potentiels par le fer rouge.

Je me sers d'un cautère à boule, avec pointe effilée. Le chloroforme étant donné, je plonge cette pointe dans les foyers tuberculeux, où je la pousse hardiment et profondément. La réaction est modérée, et une partie de la masse tuberculeuse tombe avec l'escharre; souvent la fistule se cicatrise complétement.

Il est bien entendu que ce traitement ne guérit pas définitivement les malades, et qu'il ne peut pas empêcher la production de nouveaux foyers tuberculeux, mais la maladie est rapidement et notablement amoindrie. J'en suis maintenant à ma sixième observation, et plusieurs de mes malades se sont crus, pendant plusieurs années, définitivement guéris.

Encouragé par l'expérience, je suis aujourd'hui plus hardi que par le passé, et quand un abcès tuberculeux du testicule est formé, je l'ouvre avec le fer rouge. Chez l'un de mes malades qui présentait des abcès tuberculeux avec deux tumeurs tuberculeuses encore indurées, je plongeai même le cautère non-seulement dans les abcès, mais dans les masses dures. Toutes ces tentatives m'ont réussi, et ce traitement m'a paru excellent; il produit rapidement une amélioration ou une guérison temporaire. J'en citerai un exemple : un beau garçon, ayant tous les attributs extérieurs d'un tuberculeux, entra dans le service de mon collègue M. Cusco avec un testicule criblé de tubercules. Sur la demande incessante du malade, la castration fut pratiquée. L'autre testicule devint tuberculeux et fut bientôt gros comme le poing. Le malade entra alors dans mon service, où je lui pratiquai la cautérisation de cinq ou six foyers. Jamais je n'ai obtenu de meilleur résultat, car au bout de six semaines, le testicule avait à peu près repris son volume normal; quelques petites fistules ont persisté, il est vrai, mais l'amélioration est si complète que le malade se croit définitivement guéri; le testicule qui lui reste a perdu, il est vrai, ses fonctions, mais le malade ignore, comme bien vous le pensez, ce fait de physiologie pathologique, et cette glande inerte n'en est pas moins à ses yeux un vrai testicule, un testicule moral pourrait-on dire. La question de savoir

s'il était avantageux de conserver à un malade un testicule, alors même que cette glande ne fonctionne plus, n'est d'ailleurs pas nouvelle; elle a été discutée autrefois devant notre Société et résolue par l'affirmative.

M. LARREY. J'ai vu mon père plonger le cautère actuel dans un testicule tuberculeux ; il y eut détersion, amélioration, et le malade sortit guéri en apparence. De mémoire, je ne puis citer que ce fait, mais mon père avait généralisé l'emploi du cautère actuel pour le traitement des abcès par congestion.

M. LEGOUEST. Je suis très-heureux de voir porter de nouveau, à notre tribune, la question du traitement des tubercules du testicule. Dans une discussion précédente, la Société de chirurgie a déjà émis son avis et rejeté la castration comme inopportune ; à l'Académie de médecine, la conclusion fut qu'il fallait énucléer la partie malade sans enlever la glande dans sa totalité ; aujourd'hui, M. Verneuil conseille la cautérisation. Pour moi, je crois qu'il n'y a pas de règle absolue, et je ne rejetterais pas la cautérisation dans un cas où les testicules présenteraient çà et là quelques abcès tuberculeux; mais quand ces organes sont criblés de foyers ramollis et de fistules, je crois qu'il convient de procéder assez rapidement à la castration. En voulant conserver au malade un testicule inerte, un testicule moral, pour me servir de l'expression pittoresque de M. Verneuil, on s'expose à des récidives sans fin, qui détériorent la santé du malade et compromettent sa vie.

Je parle avec une assez longue expérience derrière moi, parce que les chirurgiens militaires ont l'occasion de voir un grand nombre de testicules tuberculeux. Dans les cas ordinaires, j'ouvre les abcès et je renvoie, dès que je le peux, les malades dans leur pays avec un congé de convalescence ; ils y guérissent quelquefois ; mais quand la maladie récidive, je me décide, sans trop tarder, à pratiquer la castration.

M. TRÉLAT. La question des tubercules du testicule se présente sous des aspects différents, suivant le milieu où l'on observe. Pour moi, dans ma pratique particulière, j'ai observé plusieurs malades qui ont eu des tubercules, avec abcès et fistules, et qui ont guéri parce que la maladie avait une intensité moyenne. M. Legouest soigne habituellement d'autres malades, je le sais, et je ne suis pas surpris qu'il ait adopté une pratique différente. Je ne suis pas opposé à la castration dans les tubercules graves, mais c'est une question de mesure, et il ne faut pas aller trop vite quand il s'agit d'une détermination aussi importante ; aussi, je suis d'avis que

la pratique de M. Verneuil peut rendre service dans certaines circonstances.

M. LEGOUEST. En chirurgie, il y a des indications propres à chaque cas auxquelles il faut obéir. Quand un homme atteint de tubercules du testicule se trouve dans d'excellentes conditions hygiéniques, on peut temporiser; mais je m'élève avec force contre cette formule : il ne faut jamais enlever de testicule tuberculeux.

M. CHASSAIGNAC. Les succès de M. Verneuil sont importants et intéressants; je ne chercherai pas à les amoindrir, mais je me refuse à croire que la cautérisation profonde du scrotum et du testicule soit une opération sans gravité.

Je suis absolument opposé à la castration dans ces cas; quand il reste une portion du testicule, il faut la conserver, parce qu'elle peut encore être utile.

Je reconnais l'importance du débat et je soumettrai à la Société le résultat de ma pratique; je tâcherai de prouver que les moyens doux valent mieux que la castration, pour laquelle on ne saurait être trop sévère.

M. LARREY. Il y a quarante ans peut-être, j'ai présenté à la Société anatomique quatre testicules enlevés par mon père; deux d'entre eux étaient franchement tuberculeux. A quelque temps de là, je vis Delpech (de Montpellier), qui m'avertit qu'il ne fallait pas enlever de testicules tuberculeux. Je fis part de cette remarque à mon père, qui persista à penser, malgré l'opinion de Delpech, que la castration est indiquée dans certains cas. Néanmoins, dans ma pratique, je n'ai eu recours qu'à des excisions des énucléations partielles. La question mérite, j'en conviens, un nouvel examen.

M. TILLAUX. Quand la Société de chirurgie examina cette question, elle condamna la castration; je ne pris alors aucune part à cette discussion, mais je suis de l'avis de M. Legouest, et j'ai enlevé le testicule à plusieurs malades sur leur propre sollicitation; mais il est évident que cette opération n'est applicable qu'aux cas graves.

M. PERRIN. M. Chassaignac repousse absolument la castration pour les cas de tubercules du testicule; mais nos autres collègues sont presque d'accord et subordonnent leur conduite à la gravité de la maladie. Si, par un traitement plus actif que les moyens anodins ordinaires, on peut enrayer le mal, on rendra la castration plus rare. C'est là le but que M. Verneuil croit avoir atteint. La statistique de la castration est effrayante, elle est suivie de mort une fois sur quatre; on ne doit donc y recourir que dans les cas les plus graves.

M. LEGOUEST. La mortalité de un sur quatre a été prise sur un relevé qui comprend tous les cas de castration sans diagnostic de maladie, mais la statistique serait beaucoup plus favorable si elle était dressée en particulier pour les tubercules du testicule.

M. VERNEUIL. Je laisse de côté les cas légers, pour lesquels les moyens les plus doux sont parfaitement indiqués, et je circonscris la discussion en la faisant porter sur les cas moyens dans lesquels le chirurgien prévoit des abcès, des fistules et une suppuration indéfinie. Pour de tels malades, la guérison est difficile à l'hôpital avec les moyens ordinaires, et leur séjour prolongé au milieu de nos salles devient pour eux une cause d'affaiblissement et même de danger; or, ce serait leur rendre un grand service que d'améliorer rapidement leur état, pour leur permettre de quitter l'hôpital. Je crois qu'on peut atteindre ce but avec la cautérisation au fer rouge, et malgré les craintes exprimées par M. Chassaignac, je répète qu'il n'y a aucun danger à éteindre profondément un cautère dans le testicule quand son tissu est induré depuis longtemps.

Pour moi, la cautérisation actuelle doit prendre la place de l'ablation partielle du testicule; elle lui est préférable, parce qu'elle détermine une cicatrisation plus rapide.

Quand un testicule est envahi par la tuberculisation, l'organe tout entier perd ses fonctions, et je m'inscris en faux contre l'opinion de ceux qui pensent que les parties restées saines dans un testicule tuberculeux peuvent continuer à fonctionner; mais, cela dit, je crois à la satisfaction morale de l'homme qui s'imagine avoir conservé un testicule propre à entrer en activité. C'est là une considération qui n'est pas sans importance, quoi qu'on en ait dit.

La castration, en admettant qu'elle réussisse, n'est pas d'ailleurs une opération radicale, car la tuberculisation de la prostate et des vésicules séminales est souvent contemporaine de la tuberculisation du testicule. Cette connexité est bien connue depuis qu'elle a été démontrée par Dufour dans la thèse inaugurale que vous connaissez tous.

Je suis bien d'avis que l'hygiène doit jouer un rôle important dans le traitement de la tuberculisation du testicule, mais nous ne pouvons malheureusement pas envoyer nos malades à la campagne en congé de convalescence, comme M. Legouest le fait pour ses soldats, et dans les conditions où sont nos malades des hôpitaux de Paris, je crois que la cautérisation est appelée à rendre de grands services.

M. BOINET. J'ai à citer un fait qui témoigne de l'importance qu'il y a à conserver un testicule, alors même qu'il a été tuberculeux :

un de mes clients, âgé de 28 ans, eut autrefois plusieurs abcès tuberculeux dans les deux testicules; il est aujourd'hui gros et bien portant, et il a noué des relations avec une femme avec laquelle il a des rapprochements sexuels environ deux fois par semaine. Chez lui il y a érection sans éjaculation au moment du coït, et je me suis assuré, d'autre part, que l'urine ne contenait pas de spermatozoaires; on ne peut donc pas dire que le liquide spermatique recule dans la vessie.

PRÉSENTATION DE MALADES

Plaie du cou. Extraction d'un biscaïen. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin-major, présente, tant en son nom qu'en celui de M. le docteur Bérigny, de Versailles, un blessé dont il rapporte l'observation :

Coup de feu à l'angle de la mâchoire inférieure. — Fracture de cet os. — Trachéotomie. — Fistule salivaire. — Extraction d'un biscaïen pesant 215 grammes.

M. du B... de B..., âgé de 36 ans, capitaine au 2e régiment d'infanterie de marine, fut blessé, le 25 mai 1871, à deux heures du soir, à l'attaque du Jardin-des-Plantes, par un projectile tiré des batteries de l'île Saint-Louis. Ce projectile lui fracassa l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Le blessé fit deux ou trois tours sur lui-même, tomba sur le dos, porta la main à sa blessure et en retira un corps dur et pesant qui lui parut être une balle. Il fut transporté à l'ambulance du Jardin-des-Plantes, où M. l'aide-major Clément dut s'occuper d'extraire des esquilles et d'arrêter l'hémorrhagie qui devenait inquiétante. A huit heures du soir, la tuméfaction de la région blessée, du cou, de la langue, était considérable; la difficulté de respirer avait progressivement amené un commencement d'asphyxie. M. Clément pratiqua la trachéotomie. La nuit se passa sans accident. Le blessé dormit plusieurs heures. Le lendemain matin, M. Clément put introduire dans l'œsophage une sonde uréthrale et y fit passer du bouillon, puis on transporta le blessé à l'hôpital de la Pitié. La tuméfaction était toujours énorme; la mâchoire inférieure pendante; la langue, œdématiée, faisait saillie entre les dents; plusieurs esquilles furent retirées. Le 29 mai (5e jour), le blessé put avaler, par gorgées, un peu de bouillon. Le 1er juin (8e jour), il articula quelques sons. La canule trachéale

tomba le 5 juin (12ᵉ jour), pendant la nuit, et ne fut pas replacée. Le blessé parla assez distinctement le 7 juin; le 9 juin (16ᵉ jour), il fut transporté à Versailles, où il reçut les soins de M. le docteur Bérigny. Dans les jours suivants, la tumeur sous-maxillaire perdit environ un tiers de son volume, mais la mastication était impossible; le blessé ne se nourrissait que d'aliments liquides ou réduits en pâte ou en pulpe : une mèche était introduite chaque jour dans la plaie au fond de laquelle le stylet rencontrait invariablement la dénudation de l'os maxillaire inférieur.

Cependant les forces étaient bien revenues; M. de B... se levait une grande partie du jour, lorsque, à la fin de juin 1871, à la suite d'une promenade imprudemment prolongée par un temps froid et humide, il fut pris brusquement d'anasarque. Ce fut à cette époque que M. Beaumetz donna des soins au blessé. La mâchoire inférieure était pendante, les dents inférieures dépassant sensiblement les supérieures; la langue, œdématiée, remplissait à peu près l'écartement des mâchoires, sans cependant sortir entre les dents. L'articulation des sons était pénible; la déglutition assez facile; la fracture semblait en bonne voie de consolidation. Ce qui frappait tout d'abord, c'était la déformation de la région sous-maxillaire, dont les téguments, refoulés en bas, formaient une courbe descendant jusqu'au devant du cartilage thyroïde. Cette tumeur était d'une dureté ligneuse ; sa palpation par la bouche causait au blessé de très-vives douleurs. L'angle gauche de la mâchoire inférieure n'existait plus, et, au fond d'une vaste dépression, se voyait l'orifice d'une fistule ayant à peu près le diamètre d'une sonde cannelée ordinaire. Cet instrument faisait reconnaître la présence de plusieurs esquilles mobiles. L'anasarque céda en une vingtaine de jours à un traitement approprié.

Dès les premiers jours de la blessure, une fistule salivaire s'était établie par la plaie parotidienne; l'écoulement de salive était très-abondant au moment des repas, et se reproduisait toutes les fois que le blessé se livrait à une conversation suivie.

Sept petites esquilles furent extraites en juin et juillet; peu à peu l'œdème de la langue disparut, les dents se rapprochèrent; la mastication des aliments demi-solides devint possible.

Le 6 août, un abcès se forma sous la muqueuse du plancher de la bouche, et du pus se fit jour par les orifices des conduits des glandes sous-maxillaires. Une injection de vin aromatique, poussée par la fistule parotidienne, passa pour la première fois dans la bouche par les mêmes orifices.

Le 20 août, un autre abcès commença à paraître sous les téguments de la région sus-hyoïdienne; il fut incisé le 25 : un peu de pus s'écoula, mais la tuméfaction de la région sous-maxillaire ne diminua point.

Le 5 septembre, une sonde cannelée introduite par cette incision fit reconnaître, à 1 centimètre de profondeur, la présence d'un corps étranger rugueux, dur, fixe, qui n'était ni une balle de plomb ni une esquille.

Nous fîmes part au blessé de cette constatation et de la nécessité où il était de se soumettre à l'extraction de ce volumineux corps étranger.

M. de B.... était très-convaincu d'avoir retiré une balle du fond de sa blessure, et sa stupéfaction fut grande quand, le 15 septembre 1871, après avoir pratiqué sous le menton une incision longue de plus de 5 centimètres, et poussée à plus d'un centimètre jusqu'au corps étranger, nous lui assurâmes que sa tumeur renfermait un biscaïen enclavé entre les branches de la mâchoire et l'os hyoïde. Une seconde incision perpendiculaire à la première agrandit suffisamment la voie d'extraction, et nous eûmes la satisfaction de retirer un biscaïen de près de 4 centimètres de diamètre (38 à 39 millimètres), de 12 centimètres de circonférence, et pesant 215 grammes. C'était une balle à mitraille, du calibre n° 4, en fonte de fer, provenant d'une boîte à mitraille, se chargeant ordinairement dans un canon obusier de 12.

Les suites de l'opération ‹t été aussi simples que possible, le blessé n'ayant pas eu même un mouvement de fièvre. La plaie se referma rapidement.

Pour tenter la cure de la fistule salivaire, on plaça, le 26 septembre, dans son trajet une flèche de caustique Canquoin du calibre d'une canule à fistule lacrymale ; elle fut retirée douze heures après. Tout écoulement de salive cessa dès lors par la plaie : l'escharre tomba le 30 septembre; on retira sans peine du fond de la plaie trois petites esquilles; une mèche enduite de styrax excita le bourgeonnement. Le 3 octobre, l'occlusion de la plaie du menton était achevée. Le 7 octobre 1871, l'oblitération progressive de la plaie parotidienne avait amené la guérison complète de la fistule salivaire.

M. TRÉLAT. C'est dans mon service, à la Pitié, que M. de B... a été apporté. Quand je le vis, je constatai un gonflement considérable de la région du cou; mais tout le monde, y compris le blessé, affirmait que la balle avait été retirée. Au bout de huit jours, l'amélioration était notable, et le 12e jour la canule tomba sans qu'il fût

nécessaire de la replacer. Au bout de quinze jours, le blessé était bien, et je l'engageai à se faire transporter à Versailles.

Je vis de nouveau M. de B.... à Versailles, au moment où il fut pris d'anasarque. J'explorai la région blessée sans rien trouver, e je pensai que le gonflement du cou tenait en partie à une adénite consécutive. Rien, ni dans le récit du blessé ni dans l'examen du cou, ne pouvait indiquer la présence d'un corps étranger. Les observations de ce genre sont d'ailleurs nombreuses dans la science, et il est souvent arrivé qu'un corps étranger, enfoncé dans la profondeur des tissus, a été méconnu.

M. LARREY. Les faits dont il s'agit sont toujours curieux, et assez rares pour que j'aie engagé M. Beaumetz à vous communiquer son observation.

PRÉSENTATION DE MALADES

Appareil prothétique de la face. — M. CHARLES DELALAIN, dentiste, présente un blessé qui reçut, à la bataille de Bazeilles-Sedan, un éclat d'obus qui lui emporta le nez et une portion de la joue gauche, de la voûte palatine, de la langue, de la lèvre supérieure, en brisant sur son passage les deux maxillaires supérieurs et le bord alvéolaire du maxillaire inférieur, ainsi que vingt-quatre dents. Après la guérison de cette plaie, la prononciation et la mastication étaient impossibles. Avec l'appareil prothétique de M. Delalain, la prononciation est distincte et la mastication facile ; de plus, la difformité est aussi bien masquée que possible.

M. Delalain présente un second malade auquel il a également appliqué un appareil prothétique pour une lésion de la bouche.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine : la *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin de thérapeutique*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— Deux lettres de MM. Lefort et Legouest, qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

— Une lettre de M. Verneuil, qui, retenu à la Faculté de médecine par son cours, demande un congé.

M. GUYON offre à la Société une brochure intitulée : *Double amputation sous-astragalienne*; *guérison*, par M. le docteur Jouon.

M. LE PRÉSIDENT annonce que les enfants de M. Danyau, M. Georges Danyau et Mme Bucquoy, font hommage à la Société du portrait photographique de leur père.

La Société décide que le portrait de notre regretté collègue sera placé dans la salle des séances.

M. le président est chargé d'aller remercier M. Georges Danyau et Mme Bucquoy.

— M. CHASSAIGNAC devait prendre aujourd'hui la parole sur la question des tubercules du testicule, mais l'abondance des matériaux qu'il a eus à compulser l'oblige à remettre cette discussion à une prochaine séance.

LECTURE

Biscaïen méconnu dans une plaie du bras. — M. CHASSAIGNAC. Le fait si curieux qui nous a été communiqué dans la dernière séance, d'un biscaïen resté inaperçu pendant des mois entiers dans la région sous-maxillaire, m'a remis en mémoire un fait très-remarquable de persistance dans les tissus d'un projectile nullement soupçonné, car il y avait eu sortie d'une balle au moment

du premier examen chirurgical, puis une résection faite très-minutieusement.

Voici un résumé très-court de l'observation :

Un garçon de 19 ans reçoit dans le bras une balle, qui fracture comminutivement l'humérus. Le blessé est apporté à l'hôpital Saint-Antoine. Au moment même de l'examen de la blessure, fait le 19 juillet 1850, on constate dans la plaie l'existence d'un projectile, qu'on retire séance tenante.

Je passe sur tous les détails de l'observation, qui présente un cas de résection très-étendue; je me reporte à l'époque où, sorti de l'hôpital depuis plus d'une année, le malade, après la guérison complète de sa résection, revint nous voir à l'hôpital Saint-Antoine vers la fin d'octobre 1851.

Depuis quelque temps une saillie s'était formée à la concavité du pli du bras, où existaient deux saillies noirâtres, séparées l'une de l'autre par un intervalle de peau saine : nous reconnaissons une moitié, à peu près, de balle de calibre. Les deux extrémités du croissant font saillie au dehors, elles ont percé la peau par un travail ulcératif, c'est-à-dire sans trace de suppuration. Saisissant alors avec des pinces celle des cornes du croissant qui est la plus grosse, nous imprimons au corps étranger un mouvement de conversion, par lequel nous le faisons sortir presque sans résistance. C'est un fragment de balle très-volumineux (1).

M. LARREY. Le fait rapporté par M. Chassaignac vient encore grossir le nombre des cas du même genre qui sont aujourd'hui assez nombreux dans la science ; mais les cas rares sont ceux de projectiles de gros calibre qui ont été méconnus au fond d'une plaie. Le fait le plus extraordinaire que je connaisse est celui du général Auger, qui, à la bataille de Solférino, reçut un projectile dans l'aisselle. Le lendemain matin, l'amputation fut jugée nécessaire, et ce fut pendant l'opération seulement qu'on reconnut dans l'aisselle la présence d'un boulet de 6, dont le volume est à peu près égal à celui d'une grosse orange. Le général Auger succomba.

COMMUNICATIONS

M. DESPRÉS rapporte deux faits de plaie par armes à feu recueillis pendant la campagne de 1870-1871 :

(1) *Traité des opérations*, t. I, p. 652.

Ligature de la veine fémorale. — Le nommé Bopsler (Otto), Bavarois, blessé le 1er septembre à Daigny, près Sedan, avait reçu une balle dans la cuisse, qui avait traversé les parties molles à un centimètre au-dessous de la pointe du triangle de Scarpa. La suppuration s'établit, et le membre ne présentait aucun symptôme précurseur de complication grave, lorsque, le 10 septembre, une hémorrhagie abondante apparut. Le malade perdit beaucoup de sang par jet avant mon arrivée. En présence de cette hémorrhagie et de l'état général du malade, qui était bon, je procédai immédiatement à la recherche du vaisseau qui donnait. Je mis un doigt dans la plaie et je débridai. J'arrivai sur un vaisseau large, qui était largement ouvert et laissait écouler du sang en assez grande abondance, malgré la compression faite au-dessus et au-dessous de la plaie. C'était la veine fémorale. Je dénudai un peu le vaisseau, et je posai une ligature.

Aucun accident immédiat ne survint; il n'y eut ni œdème, ni douleur; la plaie marcha vers la cicatrisation et se comporta régulièrement, sauf qu'elle se couvrit de pourriture d'hôpital à forme pulpeuse, laquelle guérit par la cautérisation.

Le 6e jour, la ligature est tombée ; il n'y a pas eu d'hémorrhagies consécutives, pas d'œdème, pas de phlébite. Le 25 septembre, le malade, qui se levait, et dont la plaie était presque cicatrisée, est allé rejoindre l'ambulance de Douzy, où les Prussiens avaient un dépôt d'ambulance.

Ce fait est un exemple remarquable de bénignité et de succès de ligature d'une grosse veine. Il contraste avec ces exemples de ligature de veines si rapidement suivis de mort ou d'hémorrhagies consécutives, connus depuis Gensoul, Roux et Guthrie.

M. CHASSAIGNAC. Quand on fait une ligature dans une plaie en suppuration, les ligatures tombent vite, vers le 5e ou 6e jour environ, comme dans l'observation de M. Després, et c'est à la même époque qu'on observe les hémorrhagies, tandis que le fil ne tombe souvent que le 18e ou le 20e jour après une ligature faite dans des tissus sains.

M. LARREY. La Société de chirurgie s'est occupée déjà de la question de la ligature des veines, et la conclusion fut qu'on pouvait, sans grand danger, lier les grosses veines après une amputation. Mon père pensait même que c'était là une bonne pratique. Cette question a été de nouveau résolue par l'affirmative dans une très-bonne thèse de M. Ollier.

M. DESPRÉS. Velpeau avait démontré qu'après la chute d'une

ligature faite sur une veine variqueuse, l'hémorrhagie est fréquente. Je craignais donc cette hémorrhagie pour mon malade, et elle ne se produisit pas.

M. VERNEUIL fait observer à M. Després qu'une hémorrhagie, si elle est à craindre après ligature faite sur une veine variqueuse, peut bien ne pas se produire après la ligature d'une veine saine.

M. DESPRÉS. Dans les cas de ligatures faites sur des veines variqueuses, le fil a souvent été posé au-dessus et au-dessous de la varice, là où la veine était saine. Ces faits ont été observés par Guthrie, Pouteau et d'autres chirurgiens; néanmoins les hémorrhagies consécutives ont été fréquentes.

M. DESPRÉS communique en outre le fait suivant :

Plaie pénétrante du foie par une balle — G.... (Edmond), soldat au 14e de ligne, blessé à Daigny le 1er septembre, reçut une balle à la région du rein droit. Le coup avait été porté à courte portée, cependant la balle n'avait pas traversé le tronc. Le blessé était jugé perdu par les médecins prussiens. Lorsque je pris les blessés français aux médecins prussiens, je trouvai G... en assez bon état, mangeant et souffrant peu. En explorant la face antérieure de l'abdomen, je trouvai dans l'hypochondre droit, sous les cartilages costaux, au niveau du point qui correspond à la vésicule biliaire, une tumeur chaude, rouge, douloureuse et entourée d'indurations; je jugeai qu'il s'agissait d'un abcès formé autour de la balle. Seulement, comme nous étions au 6 septembre, c'est-à-dire au cinquième jour de la blessure, je crus prudent d'attendre un jour ou deux que les adhérences péritonéales fussent solides.

Le 8, je fis une incision sur la partie fluctuante de la tumeur, et avec le doigt je pus extraire la balle et sentir, de tout côté, un tissu resistant, granuleux, qui était le foie. Il sortit du pus mêlé à des caillots sanguins, et la suppuration s'établit. Le malade, qui avait toujours conservé l'appétit, se trouva soulagé et dormit bien.

Au bout de quelques jours, la plaie se retrécit et ne laissait plus écouler qu'un peu de liquide jaune, qui était manifestement de la bile. Aucune trace d'ictère n'apparut; il n'y eut aucun trouble digestif; le malade se levait malgré moi, tant il se trouvait bien. Notre étonnement fut grand de trouver un matin, le 16 septembre, dans la plaie, un morceau de la boucle du pantalon, tordue, et de la chemise. Malgré cela, la plaie continuait à se cicatriser. Le malade

allait très-bien ; le 22 septembre la plaie était presque entièrement ermée. Le malade fit plusieurs kilomètres à pied et fut évacué sur Donchery et de là dans le Nord.

Ce cas exceptionnel de plaie du foie, sans accident, est à mon sens une des choses les plus rares qui aient pu être observées, non-seulement parce qu'il y avait plaie pénétrante de l'abdomen et plaie du foie, mais parce que la plaie du foie était compliquée de corps étrangers.

M. BLOT. Je demanderai à M. Després de vouloir bien préciser le point d'entrée de la balle et le point où s'est formé l'abcès.

M. DESPRÉS. L'ouverture d'entrée de la balle était au niveau de la région rénale droite, et l'abcès se forma sur l'hypochondre, au niveau de la vésicule du fiel. La guérison, après une pareille lésion, constitue une rareté chirurgicale.

M. VERNEUIL. J'ai eu, dans mon service d'hôpital, un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans l'hypochondre gauche, entre la neuvième et la dixième côte. Sur le côté gauche on voyait l'ouverture d'entrée de la balle ; sous les téguments de l'hypochondre droit on trouvait une vaste poche sanguine, de 15 centimètres de diamètre sur 20. Les poumons et les intestins, qui pouvaient avoir été blessés, ne présentèrent aucun trouble fonctionnel; je pensai donc que le projectile avait pénétré dans le lobe gauche du foie et avait traversé cet organe dans toute sa longueur, pour se loger sous la peau de l'hypochondre droit. Un ictère survenu le quatrième jour sembla confirmer ce diagnostic. Je ne fis aucune tentative d'extraction, et le malade guérit sans suppuration appréciable de la plaie, par laquelle la balle avait pénétré dans les tissus.

Je sais que les projectiles lancés par un revolver sont souvent innocents à cause de leur petit volume; cependant je sais aussi qu'on a exagéré outre mesure le danger des plaies du foie. J'ai vu, en effet, dans deux cas de diagnostic incertain, des chirurgiens enfoncer profondément un trocart dans le parenchyme du foie sans qu'il en soit résulté aucun accident.

M. BOINET. J'ai vu deux malades atteints de plaie du foie par coup de couteau :

Un voyageur de commerce, dans une tentative de suicide, s'était enfoncé un couteau ordinaire dans la région du foie à une profondeur de trois à quatre centimètres. Il éprouva une douleur assez vive, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie, et, dix jours après, la guérison était complète.

Ce premier fait avait déjà attiré mon attention, quand je fus ap-

pelé pour un cas à peu près identique. La guérison fut encore aussi heureuse.

Dans les abcès du foie que l'on opère par ponction, Il peut arriver que le trocart pénètre dans le tissu hépatique sans ouvrir l'abcès; j'ai également vu deux faits de ce genre sans qu'il en soit résulté aucun accident. On trouvera un assez grand nombre d'observations semblables dans une brochure publiée par un médecin espagnol, qui en a envoyé un exemplaire à notre société.

M. LARREY. Mon opinion sera plus réservée que celle de mes collègues, surtout pour ce qui a trait aux balles de revolver. Ces balles sont en effet rondes habituellement, et cette forme leur permet de contourner les organes sans pénétrer dans leur tissu, par conséquent de contourner le foie sans y pénétrer. Dans le fait qui nous a été rapporté par M. Verneuil, je crois qu'il y a eu plaie du foie; parce que le malade a été atteint d'ictère, mais j'ai quelque doute sur la réalité de la blessure du foie pour le malade de M. Després.

M. VERNEUIL. Les balles de revolver sont souvent cylindroconiques, et précisément chez mon blessé la balle avait cette forme. — A mon avis, les plaies du foie sont graves, quoiqu'on ait exagéré cette gravité.

M. DESPRÉS. La réalité de la blessure du foie chez mon blessé ne peut pas être mise en doute. J'ai, en effet, introduit un doigt dans la plaie, et j'ai senti, sans erreur possible, qu'elle pénétrait dans le foie, dont j'ai reconnu la consistance.

Je dirai, comme M. Verneuil, que les plaies du foie sont graves, surtout quand elles sont compliquées par la présence d'un corps étranger.

Hypertrophie papillaire de l'urèthre chez la femme. — M. H. BLOT. J'ai observé récemment un nouvel exemple d'hypertrophie papillaire sur la muqueuse uréthrale chez la femme. Je sais que cette maladie a été décrite, notamment dans le traité publié par notre collègue M. Guérin, mais sa décription n'est pas encore suffisamment connue et je crois qu'il y a intérêt à la vulgariser.

Cette hypertrophie papillaire se montre habituellement chez des femmes qui ont dépassé cinquante ans; elle produit des démangeaisons vulvaires irrésistibles, et de très-vives douleurs au niveau de l'urèthre. Une malade se trouvait précisément dans les conditions que je viens d'indiquer, quand elle vint me consulter dans mon cabinet.

En pratiquant le toucher vaginal, je m'aperçus que mon doigt pénétrait sans produire aucune douleur quand il restait éloigné du méat urinaire ; que la douleur était au contraire très-vive chaque fois que j'appuyais sur la région uréthrale; qu'elle devenait intolérable quand je pressais le méat urinaire avec le bout du doigt. Je fis bâiller le méat en écartant les tissus voisins et j'aperçus un peu de rougeur ; en introduisant une pince dans l'urèthre, je pus écarter suffisamment ses parois pour voir de petites saillies rougeâtres qui occupaient la partie inférieure de ce canal.

Séance tenante, je fis une cautérisation en introduisant un crayon de nitrate d'argent dans l'urèthre, où je le laissai en place pendant 15 à 20 secondes. Pendant un quart d'heure, la malade éprouva une très-vive cuisson; elle put ensuite monter en voiture et retourner chez elle. Il n'y eut pas de dysurie. — Le lendemain, la malade urinait un peu de sang, mais elle souffrait à peine ; le surlendemain elle se trouvait si bien qu'elle put retourner en province.

C'est là une deuxième observation qui vient à l'appui de celle que je vous ai communiquée autrefois.

Jusqu'ici je n'ai pas observé l'hypertrophie papillaire de l'urèthre chez les jeunes femmes.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine : La *Gazette des hôpitaux* ; — L'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — la *Gazette médicale de Strasbourg* ; — la *Revue médicale de Toulouse*.

— Le compte rendu des *Travaux de la Société de médecine de Nancy* pendant l'année 1869-1870, par le docteur André.

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.*

— Un mémoire sur la *Nécessité de l'éducation physique et sur l'organisation des gymnases municipaux,* par le docteur Dailly.

— M. le docteur Dailly envoie, pour le concours du prix Laborie, un *Mémoire sur les manipulations pharmaceutiques.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Trélat, secrétaire général de la Société, qui demande un congé de deux mois pour suivre le concours de l'internat, dont il est juge.

COMMUNICATIONS

Enchondrome de la main. — M. CAZIN lit une observation, avec pièce à l'appui, sur un fait d'enchondrome de la main.

Epithélioma des glandes sublinguales. — M. VERNEUIL appelle l'attention de la Société sur une affection grave qui est peu connue, ou que du moins on signale avec peu de détails dans les livres classiques. Sa pratique lui permet d'en faire l'histoire sommaire.

L'épithélioma des glandes sublinguales, dit l'orateur, occupe le plancher de la bouche. J'ai déjà démontré depuis longtemps que le cancer peut naître dans les éléments de la glande dont les culs-de-sacs sont trouvés, à l'examen microscopique, remplis d'épithélium et augmentés de volume. Cette tumeur apparaît sous forme d'un ulcère linéaire en forme de tranchée, reposant sur une base dure qui constitue la tumeur; les indurations s'étendent au loin et comprennent le périoste dans une étendue variable. Il y a une salivation incessante; des douleurs très-intenses existent et s'irradient parfois jusque dans l'oreille, ce qui indique que le nerf dentaire inférieur est dénudé. Cet état est celui qui existe quand nous voyons les malades dans nos hôpitaux, alors que toutes sortes de cautérisations ont été employées contre ce mal. Les ganglions sous-maxillaires s'indurent et le cachet complet du cancer existe.

Aucune autre maladie ne peut être confondue avec le cancer de la glande sublinguale, ni les kystes, ni les chondromes. Mais le pronostic en est très-grave; les douze cas que j'ai vus jusqu'ici me confirment dans cette opinion que la marche de ces cancers est extrêmement rapide. J'ai vu des cancers de la langue guérir localement sans qu'il y eût de récidive prématurée. Mais l'épithélioma sublingal récidive très-rapidement, et c'est pour cela que je suis fondé à dire que ce cancer, en raison de son siége, est un des plus mauvais. J'ai pratiqué un certain nombre d'opérations, soit avec l'écraseur, soit en extirpant la glande avec une partie de la langue. Une autre fois, j'ai enlevé le mal au moyen d'une incision par la région sus-hyoïdienne, et en ruginant le maxillaire; malgré cela, le mal est rapidement revenu.

Tout en faisant ici un chapitre de léthalité, je demande à mes collègues s'ils ont pu mener à bien des cas de ce genre, et, s'ils ont obtenu de bons résultats, qu'ils nous disent si ce n'est pas, comme je le pense, en pratiquant de très-bonne heure l'ablation du cancer.

M. LE FORT. Je me bornerai à dire que j'ai enlevé un cancer du plancher de la bouche, et que les choses se sont passées de la même façon que le dit M. Verneuil. Mon malade a été guéri 48 heures. Il me paraît que les cancers du plancher de la bouche, et empiétant sur les arcades dentaires, tumeurs qui, dès le début, ont une marche rapide, ne doivent pas être touchés; je ne les opère pas.

M. CHASSAIGNAC. Mon pronostic est moins grave que celui de mes collègues. J'opère de la manière suivante : je sépare d'abord la langue du plancher buccal, et je passe un trocart courbe sous la tumeur, puis je place l'écraseur au-dessous, en ayant soin d'empiéter sur les parties saines. J'ai vu des cancers sublinguaux que j'ai opérés de la sorte; les malades n'ont eu de récidive qu'au bout d'une année; je citerai entre autres un malade que m'avait adressé M. Denonvilliers.

M. LABBÉ. A propos des faits présentés par M. Verneuil, on peut parler de la gravité de certains cancers en général, soit du cancer des lèvres, soit du cancer des glandes. Il faudrait savoir si, dans ces cas, les chirurgiens sont autorisés à opérer. En face de récidives rapides, certaines, faut-il, oui ou non, opérer? Il est bon de dire s'il y a des cas de bénignité relative. Je parlerai ici des épithélioma de la langue. J'ai opéré des hommes encore jeunes, en bon état, et qui avaient les ganglions sains ; j'ai eu des récidives au bout de 15 mois. Le cas le plus favorable que j'aie observé est une tumeur du voile du palais; il s'est écoulé 2 ans jusqu'à la récidive. Une

deuxième opération a été faite, il y a eu encore récidive. Les chirurgiens ont le devoir absolu d'intervenir, ne fût-ce que pour donner un soulagement au malade.

M. GIRALDÈS. Il y a longtemps, un Hollandais, le professeur Shroeder Van der Kolk, a cherché à se rendre compte pourquoi les épithélioma se reproduisaient aussi vite, et il a dit que c'était parce qu'on laissait encore des portions de tissus malades. La conclusion naturelle de ceci, c'est qu'il faut porter le bistouri aussi loin que possible quand on enlève une de ces tumeurs.

M. TILLAUX. Je crois aussi qu'il faut enlever toute la tumeur, et, pour cela, je n'hésite pas à dire que, pour enlever une tumeur cancéreuse du plancher de la bouche, il faut mettre le mal largement à découvert en sciant le maxillaire inférieur sur la ligne médiane. L'opération est assez facile, et c'est une chance de salut, car on peut enlever tout le mal. La section du maxillaire n'est pas grave; toutes les fois que je ne sentirai pas les limites d'une tumeur cancéreuse du plancher buccal, je diviserai le maxillaire.

M. BOINET. Je crois que l'on doit faire des opérations pour enlever les cancers afin de faire vivre plus longtemps les malades. J'ai enlevé une tumeur cancéreuse pédiculée des gencives d'une malade qui va aujourd'hui très-bien. J'ai opéré, avec M. Nélaton, une tumeur du voile du palais, grosse comme une noix, qui gênait la déglutition. J'enlevai le mal avec le maxillaire supérieur. Le malade a été singulièrement soulagé. Il pouvait avaler, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

M. CHASSAIGNAC. Pourquoi sectionner le maxillaire inférieur? Les tumeurs du plancher de la bouche sont accessibles à la vue et au toucher lorsqu'elles n'occupent que les parties molles. Ce que propose notre collègue est un luxe de mise à l'aise exagéré. Ce n'est pas d'ailleurs une opération préalable peu grave, ainsi que le pense M. Tillaux.

M. TILLAUX. En sectionnant le maxillaire, j'ai le dessein de tout enlever, voilà tout, et je ne pense pas que ce soit plus grave de scier le maxillaire que de laisser les malades exposés à une prompte récidive, parce qu'on aurait laissé des parties malades.

M. BLOT. Le point capital est la gravité relative du pronostic. Dans quelle limite peut-on opérer un épithélioma du plancher de la bouche? A cette question, je réponds que si l'on a vu des malades guéris après 12 à 18 mois, c'est à peu près le même laps de temps de santé qu'on observe après l'ablation des cancers du sein et de l'utérus; je ne vois pas de raison pour ne pas opérer.

M. VERNEUIL. Mon but est d'appeler l'attention ici et ailleurs pour que l'on attaque le mal de bonne heure au lieu de cautériser.

J'ai déjà dit quelle distinction il fallait établir entre les épithélioma de la face. Ceux de la peau sont d'un pronostic peu grave, ceux de la muqueuse buccale sont d'un pronostic très-grave, et ceux des orifices sont d'un pronostic mixte.

Sans doute il y a des adénomes, des pseudo-cancers, des tumeurs myéloplaxes, comme la tumeur pédiculée dont a parlé M. Boinet, qui ne se généralisent pas vite; ceux-là, on peut les opérer à toutes les époques. Mais il n'en est pas de même des épithélioma qui récidivent vite ; il faut les opérer de bonne heure, et je pense que la période d'intervention efficace est très-courte. Le mal marche sans produire de traces évidentes ; on en laisse presque toujours quand on opère trop tard, et la récidive alors doit être considérée comme la continuation du mal. Je suis opposé à la section préalable du maxillaire inférieur ; cette opération donne beaucoup de sang, et je m'abstiendrai d'opérer plutôt que de m'y résoudre, non pas seulement parce que cette opération est atroce, mais parce que, si je la faisais, ce serait quand le périoste serait malade, et alors je ne serais point sûr d'enlever tout le mal. D'ailleurs, l'emploi de l'écraseur a permis de reléguer les opérations très-graves de section du maxillaire inférieur.

PRÉSENTATION DE MALADES

Testicule tuberculeux. — M. TILLAUX. On a parlé ici contre la castration appliquée au traitement du testicule tuberculeux. J'ai dit que je croyais cette opération bonne. Je présente aujourd'hui un malade auquel j'ai pratiqué la castration pour un testicule tuberculeux qui avait été traité, par M. Chassaignac, par le drainage. Voici sept ans que ce malade a été opéré.

M. CHASSAIGNAC. Je viens d'examiner ce malade; il a un testicule sain et n'a aucune apparence de tuberculisation. Le diagnostic est-il sûr ? Je demanderai à M. Tillaux une observation complète. Je puis assurer aussi à M. Tillaux que, quand on met des tubes à drainage dans les fistules tuberculeuses du testicule, il y a une amélioration notable. Maintenant, il est possible qu'ils ne réussissent pas dans tous les cas.

M. DESPRÉS. Je me demande si le diagnostic a été juste et de la part de M. Chassaignac et de la part de M. Tillaux. Un testicule seul malade, puis plus rien après la castration, cela ressemble bien

à ces épydidimites suppurées, très-rares il est vrai, qui ont déjà donné lieu, ainsi que les orchites chroniques, à des erreurs de diagnostic. Des détails peuvent encore être pris, puisque nous avons le malade. Je crois que l'observation a besoin d'être complétée.

M. TILLAUX. Je ne nie pas l'utilité des tubes à drainage. Je dis qu'il y a des cas où l'on doit faire la castration, m'élevant ainsi contre les décisions de nos collègues dans des discussions antérieures. Je répondrai à M. Després que j'ai vu la matière tuberculeuse; je l'ai eue dans la main.

M. BLOT. La discussion doit être reprise à l'occasion d'une note que remettra M. Chassaignac.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*; — *L'Union médicale;* — La *Gazette hebdomadaire;* — Les *Archives générales de médecine;* — *Bulletin général de thérapeutique;* — *Montpellier médical;* — *Marseille médical;* — *Bulletin médical du Nord de la France;* — *Journal de médecine de l'Ouest* (août 1871).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

— Une lettre dans laquelle M. le docteur Augé (de Pithiviers) indique le résultat des opérations qu'il a pratiquées dans sa clientèle

particulière. Cette lettre fournit le complément d'une première note envoyée antérieurement à la Société par le docteur Augé. (Renvoi à la commission de statistique.)

— Mémoires adressés pour le prix Édouard Laborie :

1° De M. T. Terrier. *De l'œsophagotomie externe.*

2° Du docteur F. Christot (de Lyon), deux mémoires : *Du drainage dans les plaies par armes de guerre; — Contribution à l'histoire des tumeurs plexiformes.*

3° Du docteur Girard, chirurgien-adjoint des hôpitaux civils de Bordeaux : *De l'orchite blennorrhagique* (manuscrit).

4° De M. X..., un mémoire manuscrit intitulé : *Du traitement des accidents syphilitiques à la période dite secondaire et tertiaire, par une nouvelle formule de pilules au bi-chlorure de mercure et à l'iodure de potassium.* (Un pli cacheté qui accompagne ce mémoire contient le nom de l'auteur.)

5° De M. X..., un mémoire manuscrit intitulé : *De la contracture uréthrale dans les rétrécissemeats périnéens.* (Un pli cacheté qui accompagne ce mémoire contient le nom de l'auteur.)

— M. GIRALDÈS offre à la Société un livre intitulé : *Calendar of the royal collège of surgeons of england,* 1871.

— M. LE FORT offre à la Société un volume intitulé : *Mémoires et bulletins de la Société de médecine de Bordeaux.*

— M. TARNIER dépose sur le bureau de la Société, de la part du docteur Guibert (de Saint-Brieuc), un mémoire manuscrit intitulé : *De l'analgésie obtenue par l'association de la morphine et du chloroforme, et de ses applications chirurgicales, médicales et surtout obstétricales.*

(Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Guéniot, de Saint-Germain, Tarnier.)

RAPPORT

M. LEGOUEST fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Vesien, relatif à un *nouveau mode de suture intestinale à points séparés.*

La partie capitale de ce travail, dit le rapporteur, est le mode de placement des fils, car c'est toujours le procédé de suture par adossement des séreuses qui conserve une légitime vogue. M. Vésien prend une anse de fil, enfilée de deux aiguilles; il traverse les bords de la plaie intestinale avec chaque aiguille de dehors en dedans à

2 millimètres des bords de la plaie; à travers la plaie il forme un nœud avec les deux fils passés dans l'intestin sans enlever les aiguilles, qui servent à repasser chacun des deux fils du dedans au dehors à travers la paroi de l'intestin; les deux fils sont serrés et coupés au ras de l'intestin; de la sorte, le nœud se trouve en dedans de l'intestin et finit par entrainer le point de suture, qui est alors éliminé par les selles.

Le rapporteur conclut au renvoi du mémoire au comité de publication.

COMMUNICATION

M. PERRIN communique un nouveau *Procédé de destruction de la capsule du cristallin dans l'opération de la cataracte.*

La généralisation de la méthode linéaire a rendu très-rares les principaux dangers immédiats de l'extraction. Mais s'il y a progrès incontestable sur ce point, il n'en est pas de même en ce qui concerne les cataractes secondaires. Ceux-ci sont même le plus souvent inévitables, à moins que le cristallin n'ait été déplacé ou extrait avec la capsule. Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner à l'éclairage latéral les suites de l'extraction de cataracte la mieux réussie. On constatera presque toujours, surtout si l'on a pris le soin d'instiller de l'atropine, que la pupille est encombrée par un réseau grisâtre délicat, dans lequel se voit une ouverture souvent très-étroite qui correspond à la brèche faite par le kystitome au moment de l'opération.

Souvent les opacités pupillaires sont tellement ténues qu'elles troublent peu la vision. L'acuïté reste encore assez élevée pour que l'opéré puisse lire et écrire; d'autres fois, bien que les suites de l'opération soient exemptes de complications, elles représentent un voile assez épais pour motiver une discision secondaire. Dans certains cas, enfin, plus rares heureusement, elles compromettent gravement le résultat, tant par elles-mêmes que par les accidents qu'elles provoquent. Sous cette dernière forme, elles sont la source la plus fréquente des insuccès.

Ces opacités ont le plus souvent pour point de départ la rétention dans l'œil de nappes corticales. Cette rétention est due à la nature même de la cataracte, et c'est à ce titre que la cataracte molle régressive, la cataracte zonulaire, la cataracte morganienne, etc., inspirent moins de sécurité que les autres; mais elle nous paraît singulièrement favorisée par la façon dont on ouvre le sac capsu-

laire. L'incision de la capsule s'écarte peu, malgré toutes les prévisions théoriques, d'une incision linéaire ou cruciale, insuffisante pour livrer passage à la lentille. Pour sortir du sac capsulaire, celle-ci, mise *à tergo* par la pression intra-oculaire, doit faire effort contre la brèche, et écarter les lèvres de la plaie ou les déchirer latéralement.

N'y a-t-il pas dans ce travail toutes les conditions pour que la cataracte abandonne dans la cavité du sac ses parties les moins consistantes? Et cet abandon sera d'autant plus probable que ces mêmes parties auront une consistance plus visqueuse, qu'elles seront plus adhérentes à la face interne de la capsule.

Lorsque le cristallin a accompli son évolution, les lambeaux plus ou moins irréguliers de la cristalloïde, fixes du côté de la zonule, mobiles dans le champ pupillaire, restent en place comme les débris d'une poche membraneuse dont on vient d'évacuer le contenu. Il est vrai qu'en vertu d'une propriété de tissu, ils ont une certaine tendance à s'enrouler sur eux-mêmes et par conséquent à arrondir la brèche; c'est ce que l'on obtient sur une cristalloïde saine et isolée. Mais cet enroulement est de peu d'effet sur le malade, en raison sans doute de la présence de ces débris visqueux qui tapissent la face externe des lambeaux, et ce qui le prouve, c'est que ces derniers se succèdent souvent entre eux par l'intermédiaire d'une substance vitreuse de nouvelle formation, de façon à ne laisser à la capsule qu'une ouverture plus étroite que la brèche primitive.

Il résulte de cet état de choses que les éléments du cristallin restés dans l'œil et représentés soit par la couche cellulaire épithéliale sous-capsulaire, soit par les fibres cristalliennes frappées ou non de dégénérescence cataracteuse, ne sont qu'incomplétement ou pendant trop peu de temps baignés par l'humeur aqueuse qui est l'élément indispensable de leur résorption. Ils restent couverts par les débris de la capsule, enveloppés par eux plus ou moins, et finalement complétement isolés dès que la soudure des lambeaux est opérée. Si à cette période de l'évolution de la cicatrice, variable suivant beaucoup de circonstances, mais dont le terme moyen peut être fixé à huit jours, les débris de la cataracte ne sont pas entièrement résorbés, il sont placés dans des conditions qui se rapprochent de celles d'un cristallin normal ou cataracté enveloppé par sa capsule. Ils peuvent se transformer sous l'influence des courants endo-exosmotiques, mais ils ne peuvent plus disparaître.

Dans d'autres cas, la cataracte secondaire est le résultat d'un tra-

vail de prolifération des cellules sous-capsulaires. Cette hypergénèse peut être assez active pour donner à la face interne de la capsule l'aspect d'une surface hérissée de papilles. Nous avons indiqué précédemment qu'elle peut accompagner la dégénérescence cataracteuse et par conséquent exister avant l'opération ; mais elle est aussi fréquemment consécutive, ce que l'on attribue au contact temporaire de l'humeur aqueuse ; c'est à ce liquide aussi qu'il faudrait attribuer, selon l'opinion de M. Testelin, l'encroûtement de la cristalloïde par des cristaux de cholestérine, de carbonate et de phosphate de chaux. Pour cet observateur, les matières salines de l'humeur aqueuse tendent à se précipiter dès qu'elles se trouvent en contact soit avec un produit inflammatoire, soit avec des surfaces accidentelles.

Enfin la cataracte secondaire peut être aussi la conséquence de dépôts, sur la cristalloïde, antérieurs à l'opération : dépôt de lymphe coagulable ou de fibrine (cataracte capsulaire pseudo-membraneuse de M. Charles Robin); dépôt de sels calcaires occasionné habituellement par la présence de produits inflammatoires (cataracte capsulaire phosphatique du même auteur); dépôts d'urée, de graisse, épaississements verruqueux, etc. La rétention de ces divers éléments dans l'œil est une cause permanente d'irritation qui trop souvent porte ses fruits. A un moment donné, vers le 6e, 8e et même 12e jour, l'iris se fluxionne, résiste à l'atropine. Il survient du larmoiement; le bord pupillaire se soude aux débris de la cristalloïde, et des douleurs ciliaires sont signalées dans les régions du sourcil, de la tempe, de la nuque, etc.

Pendant ce temps, après une certaine durée, les adhérences de l'iris augmentent en nombre et en solidité, les dépôts vitreux prennent de l'épaisseur, et une mince couche exsudative s'ajoute aux éléments anciens pour couvrir la pupille. Peu à peu celle-ci se resserre, se déplace, et n'est plus représentée, après quelques semaines, que par une petite surface occupée par une fausse membrane blanche et résistante.

L'examen anatomo-pathologique de ces fausses membranes a été fait avec le plus grand soin par M. Robin, puis par M. Testelin. Il résulte de l'examen au microscope d'un grand nombre de ces productions que la cristalloïde antérieure était leur siége à peu près exclusif. Une seule fois seulement, M. Testelin dit avoir constaté, sur la cristalloïde postérieure, des dépôts calcaires visibles surtout à la loupe.

En 1773, c'est-à-dire vingt-deux ans seulement après les pre-

mières opérations d'extractions pratiquées à Reims par Daviel, Heister conseillait déjà l'extraction du cristallin et de sa capsule, et recommandait, pour y parvenir, d'exercer sur l'œil de douces pressions après la section de la cornée, mais en prenant le soin de cesser ces manœuvres dès que la résistance des parties réclame un effort énergique (Heister, *Tractata de cataracta, glaucomate et amorosi*, Altorf, 1713 (à voir).

Beer, en 1799, conseilla de nouveau d'extraire le cristallin avec la capsule en l'ébranlant sur place avec l'aiguille, de façon à la faire ensuite sortir facilement sans efforts.

Le même fait fut poursuivi par Christiœn en 1845 (De l'extraction spontanée du cristallin et de sa capsule, *Annales d'oculistique*, t. XIII, p. 181).

Il recommande dans ce but d'exercer sur le globe les pressions nécessaires avant que la section du lambeau ne soit complète. Les mêmes tentatives ont été renouvelées depuis par Moyne (de Naples), et Sperino (de Turin), puis tout récemment par MM. Pagenstecher, de Viechabe et Weclher. Malgré les succès obtenus dans ces hardies tentatives, je ne crains pas d'être démenti en annonçant que les procédés conseillés ou employés pour extraire le cristallin et sa capsule soit dangereux. Mais ils sont appelés à rendre de grands services dans certains cas déterminés, quoiqu'ils représentent une mauvaise méthode générale.

Nous avons rappelé tout à l'heure que l'anatomie pathologique aurait démontré que la cristalloïde antérieure concourait à peu près exclusivement à la formation et au développement de la cataracte secondaire; il en résulte qu'en supprimant la partie antérieure de la capsule, on doit obtenir les mêmes résultats qu'en l'enlevant tout entière: tel est le principe du procédé sur lequel j'appelle votre attention.

Il diffère des trois autres par le mode suivant lequel est attaquée la capsule. Les divers kystitomes y pratiquent une plaie en boutonnière, et, dans les cas les plus heureux, un petit lambeau triangulaire. J'espère avoir trouvé le moyen de la récliner sinon en totalité, du moins dans ses parties nuisibles et dans une étendue telle que le sac capsulaire ne puisse se reformer sur les débris de la cataracte. Ce moyen consiste à substituer au kystitome un instrument nouveau auquel j'ai donné le nom de *griffe capsulaire.*

La griffe capsulaire se compose d'un petit disque ovalaire en acier, dont la forme et les dimensions rappellent beaucoup celles du crochet à traction de de Græfe; son bord terminal est armé de

petites dents enclavées à 45° environ et de la forme de pyramides aplaties. Ces dents, juxtaposées par leur base, sont bien acérées et tranchantes sur leurs bords. Le petit disque est supporté par une tige adaptée à un manche du modèle ordinaire adopté pour les instruments d'oculistique.

La disposition des dents est telle que leur pénétration simultanée à travers une membrane tendue produit une section nette, dont l'étendue est égale à la largeur de l'instrument. Si, à ce moment, on exerce une légère traction suivant une direction perpendiculaire au sens de l'incision, celle-ci s'allonge par des déchirures latérales qui se prolongent plus ou moins obliquement jusqu'aux points de fixation de la membrane et la détachent en grande partie. On peut répéter cette expérience sur une membrane souple quelconque, sans faire varier les résultats.

Nous l'avons appliquée à l'œil, soit sur le cadavre, soit sur des animaux; le résultat a toujours été le même, c'est-à-dire que l'application de la griffe capsulaire a eu constamment pour effet de détacher largement la cristalloïde et de la récliner.

L'emploi de cet instrument n'expose à aucun danger, n'exige aucune manœuvre nouvelle; son maniement est simple et inoffensif comme celui du kystitome. La section linéaire de la cornée et l'excision de l'iris étant terminées, on introduit la griffe entre les lèvres de la plaie, en ayant le soin d'appliquer le dos de l'instrument contre la lèvre antérieure, de façon à éviter plus sûrement toute contusion; puis on la conduit jusqu'au point le plus reculé de la pupille, comme on le fait d'ailleurs avec le kystitome. L'instrument est alors appliqué sur la cristalloïde, sans qu'il soit besoin d'exercer plus de pression qu'avec le kystitome. Celle-ci étant sectionnée aux points voulus, on ramène à soi l'instrument en abaissant un peu le manche, de façon à suivre à peu près la courbe représentée par la convexité du cristallin.

Lorsque la griffe est ramenée au niveau de la plaie, il faut, pour dégager les dents et les empêcher d'accrocher la lèvre postérieure, la faire reculer un peu, puis l'appuyer contre la lèvre cornéenne, comme au moment de l'introduction.

Après avoir suffisamment fait d'essais chez les animaux, j'ai employé la griffe chez l'homme. Le résultat a été conforme aux prévisions. Sur huit malades opérés pendant ces derniers mois, j'ai pu m'assurer que la cristalloïde avait été réclinée par le degré de netteté, de pureté de la pupille. Afin que vous puissiez en juger par vous-mêmes, j'ai fait venir ici le dernier de ces huit opérés; il est à son

douzième jour. La pupille a été maintenue largement ouverte, pour permettre de voir dans quelle étendue la cristalloïde a été réclinée : on voit nettement, sur un point, le bord de la déchirure. Chez un autre, auquel j'avais antérieurement pratiqué l'extraction d'un côté avec le kystitome, il m'a été permis de constater que l'acuité visuelle, égale à 1/4 après la première opération, s'était élevée à 1/2 après la seconde. Ce procédé peut être appliqué à l'extraction de toutes les cataractes.

Toutefois il est des cas dans lesquels la griffe aura peu d'avantages. Au lieu de faire une section nette, les dents divisent la capsule en petites fibrilles, le long desquelles perlent de petites masses corticales, et qui restent fixées, malgré tous les efforts, dans le champ pupillaire.

Ces cas appartiennent à cette classe de cataractes que l'on pourrait appeler malignes, dans l'évolution desquelles l'élément inflammatoire intervient.

En résumé, le nouveau mode opératoire que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation me paraît offrir les avantages suivants, qu'une expérience plus longue et plus générale pourra seule infirmer ou confirmer :

1° Il permet, sans compliquer l'opération de l'extraction, de récliner la partie nuisible de la cristalloïde antérieure et de détruire ainsi le sac capsulaire ;

2° Il supprime de la sorte la cause presque unique des cataractes secondaires ;

3° Il facilite la sortie de la cataracte, l'expulsion des masses corticales et la résorption des débris laissés dans l'œil ;

4° La griffe capsulaire peut être substituée avec avantage à la pince capsulaire dans les cas où l'on juge à propos de tenter l'extraction des opacités pupillaires.

A 4 heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le concours du prix Duval.

Le vice-secrétaire : Armand Després.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale*; — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; — l'*Art dentaire*;

— Une notice intitulée : *Notice biographique* sur Victor Stœber, professeur à la Faculté de Strasbourg, par le professeur G. Tourdes, professeur à la même Faculté.

M. LARREY présente quatre brochures intitulées :

Traité des opérations des voies urinaires, par le docteur Reliquet (seconde partie) ; — *Deux nouvelles observations d'ovariotomie*, par le docteur Isnard, de Marseille ; — *Ligature de l'iliaque primitive dans un cas d'anévrysme spontané de l'iliaque externe*, par le docteur M. Ladureau, médecin principal de deuxième classe ; — *Projet de création d'une ambulance sur la Seine*, par le docteur Félix Rochard.

M. DOLBEAU présente de la part de M. le docteur Chipault d'Orléans, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° Un mémoire imprimé intitulé : *De la résection sous-périostée dans les fractures de l'omoplate par armes à feu*; 2° *une observation de résection sous-périostée d'une partie du tibia* (renvoi à une commission composée de MM. Tarnier, Guéniot, Després, rapporteur) ; — de la part de M. Duplouy, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° Une observation intitulée : *Ectropion étendu à toute la paupière inférieure*; *autoplastie par glissement*; *combinaison de la dissection d'un large lambeau cutané avec la résection à ciel ouvert des fibres orbiculaires;* 2° Opération d'un bec de lièvre double (renvoi à la commission composée de MM. Tillaux, Perrin, Guérin, rapporteur); 3° Un relevé intégral des opérations de M. Duplouy (renvoi à la commission de statistique).

MOTION D'ORDRE

M. GUÉNIOT prie la Société d'inscrire dans son bulletin la mention suivante : Les réclamations des bulletins de la Société doivent être adressées à M. V. Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, éditeur des bulletins de la Société. Les demandes adressées au trésorier, M. Guéniot, n'arriveraient pas directement au but que veulent atteindre nos membres correspondants.

Lorsqu'il est fait mention au procès-verbal du dépôt des exemplaires des bulletins, les membres correspondants peuvent écrire aussitôt à M. V. Masson de leur envoyer leur exemplaire.

COMMUNICATION

Suture du maxillaire inférieur. — M. POLLAILLON communique sur ce sujet l'observation suivante et présente le malade.

Fracture médiane du maxillaire inférieur, traitée et guérie par la suture osseuse. — Un homme âgé de 29 ans tomba le 6 octobre sous un haquet qu'il conduisait. Une fracture située entre la première et la seconde incisive gauche du maxillaire inférieur fut le résultat de cet accident. La direction de cette fracture était sensiblement verticale. Les gencives ainsi que la muqueuse buccale étaient largement déchirées. Les fragments étaient écartés d'au moins un centimètre, et étaient si mobiles, qu'ils se déplaçaient en divers sens quand le malade parlait ou faisait des mouvements de mastication.

La ligature des dents, la gouttière de gutta-percha moulée sur le rebord alvéolaire, l'appareil d'Houzelot, furent successivement essayés, et rejetés comme des moyens impuissants à maintenir cette fracture. La suture du maxillaire inférieur nous sembla être le seul moyen efficace. Cette opération fut pratiquée de la manière suivante, le 11 octobre :

A un centimètre en dehors de la fracture, le fragment gauche fut transpercé par un perforateur dont l'extrémité portait un trou dans lequel un fil d'argent d'un demi-millimètre de diamètre pouvait facilement passer. Lorsque la perforation eut pénétré en arrière du maxillaire, le fil d'argent fut introduit dans le chas du perforateur ; en retirant celui-ci, le fil d'argent fut entraîné en avant

du maxillaire. De telle sorte que, après ce premier temps de l'opération, le fil d'argent traversait le fragment gauche, ayant son bout postérieur en arrière du maxillaire, et son bout antérieur en avant.

Le fragment droit fut perforé de la même manière que le fragment gauche l'avait été. Lorsque le perforateur fut arrivé en arrière de ce fragment, le bout postérieur du fil d'argent fut introduit dans son chas et retiré en avant du maxillaire. Après ce second temps, les deux fragments pouvaient être exactement coaptés à l'aide du fil d'argent qui formait une anse en arrière d'eux. Une petite plaque de gutta-percha fut placée sur la gencive antérieure, et les deux chefs antérieurs du fil d'argent furent tordus sur elle.

Après cette opération, la fracture était maintenue parfaitement réduite.

Les perforations du maxillaire furent faites, aussi bien que possible, près du sommet de la racine des dents et dans l'intervalle de celles-ci.

Aucun accident ne suivit cette opération.

Au bout de vingt-sept jours, la fracture était consolidée. Le fil fut retiré, le 7 octobre, de la manière la plus simple. Il fut coupé à côté du nœud de torsion, repoussé en arrière du côté de la section, puis tiré dans sa totalité par le chef qui portait le nœud de torsion. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent à la suite de l'ablation de la suture.

Huit jours après, le malade était complétement guéri et sortait de l'hôpital de la Pitié.

Sur la kératite cachectique appelée kératite heredo-syphilitique. — M. PANAS. C'est en 1857 (1) qu'Hutchinson chercha à rattacher cette forme de kératite interstitielle à la syphilis héréditaire.

En 1859 et 1860 (2) l'auteur fournit de nouvelles preuves, et en 1863 (3) il publia un Mémoire où la maladie se trouve décrite dans tous ses détails.

Voici quels sont, d'après Hutchinson, les caractères principaux de la kératite en question : « Trouble interstitiel finement moucheté de

---

(1) J. Hutchinson. *On the different forms of inflammation of the Eye, consequent of inherited syphilis.* Ophth. Hosp. Rep. Vol. 1, p. 191 et 226.

(2) Id. vol. II, p. 54-258.

(3) *Clinical memoir on certain Deseases of the Eye and Ear consequent of inherited syphilis*, by J. Hutchinson. London 1863.

la cornée, qui marche du centre à la circonférence, et finit par donner à la totalité de la cornée l'aspect d'un verre dépoli.

« Vascularité très-fine et radiée de la périphérie de cette membrane, surtout prononcée au moment de l'acuité de l'attaque.

« Les deux yeux en sont successivement attaqués.

« Marche chronique ; la maladie pouvant durer de trois mois à un an et plus. »

Les preuves que fournit l'auteur pour en faire une manifestation de la syphilis héréditaire sont :

« Une physionomie particulière des individus consistant en : peau rude et flasque; des cicatrices sur le front et la face; des cicatrices de vieilles fissures aux angles de la bouche; enfoncement de la racine du nez; une rangée de dents permanentes remarquables par leur petitesse et leur mauvaise couleur, avec les deux dents incisives supérieures majeures souvent échancrées à leur bord libre. »

L'auteur accorde même une importance décisive à cette *échancrure* spéciale de la couronne des incisives supérieures.

« La grande mortalité parmi les enfants de la même famille, dont l'aîné des survivants en est généralement atteint, et de préférence les filles.

« Dix-neuf fois sur trente cas où l'on a pu interroger les parents, on a obtenu l'aveu que l'un d'entre eux ou tous les deux avaient eu la syphilis constitutionnelle avant la naissance du malade.

« Trente-deux fois sur trente-huit cas, en remontant à la première enfance des sujets malades, on a pu recueillir des renseignements éclairés, qui témoignaient qu'ils avaient eu la syphilis infantile.

« Onze fois des symptômes de syphilis infantile avaient été clairement observés sur des frères ou sœurs du malade.

« Tandis que les engorgements des ganglions lymphatiques sont rares, les nodus, l'ulcération du voile du palais et le lupus ne sont pas rares comme complication de cette forme de kératite. »

Hutchinson n'est pas, du reste, le seul qui se soit occupé de cette kératite; Stanley en a publié deux cas (1).

Galligo s'en est occupé dans la même année (2), ainsi que Pridgin Teal, qui, dans un cas de ce genre, fit l'iridectomie avec succès (3).

(1) Stanley, *Med. Times and Gazette*, 1860, juin.
(2) Galligo, *Annales d'oculist.*, t. XLIII, p. 185, 1860.
(3) Teal, *Med. Times and Gazette*, p. 529, 1860.

L'année suivante, Haller (1) expose de nouveaux cas concernant ce genre de kératite.

Lawrence dit avoir vu des exemples de cornéite interstitielle *intra-utérine* (2).

M. Watson s'est occupé de la kératite interstitielle (3), ainsi que Taylor (4).

Tous les auteurs qui précèdent sont partisans des idées de Hutchinson. Par contre, Mooren (5) nie qu'il y ait un rapport entre la conformation particulière des dents décrite par Hutchinson, et cette forme de kératite.

Tel est l'état actuel de la question. Avant de dire ce que nous en pensons, qu'il nous soit permis d'exposer les faits de kératite interstitielle que nous avons été à même d'observer.

Obs. I. — B.... Joseph, âgé de 28 ans, balayeur de profession, petit de taille et chétif, entre à Saint-Louis le 13 février 1869, pour une affection oculaire.

Voici ce que l'examen direct nous permet de constater chez lui : tête carrée ; front bombé ; mâchoire peu développée, avec des dents petites, rabougries, noires, sans échancrure particulière de leurs couronnes.

Le moule ici présent de la mâchoire supérieure, habilement exécuté par M. Baretta, de Saint-Louis, prouve qu'il s'agit ici purement et simplement d'une altération rachitique des dents, sans trace d'échancrure de la couronne de celles-ci, telle qu'elle a été décrite par Hutchinson.

Au lieu de seize dents, la mâchoire en question n'en porte que *neuf*, à savoir les quatre incisives, deux canines et trois petites molaires, dont deux à gauche et une seule, qui est encore cariée, à droite. Toutes ces dents sont petites, espacées, noires, rabougries, striées en travers et supportées par une mâchoire supérieure en quelque sorte rudimentaire.

La peau du visage offre une coloration mate, ainsi que celle du

(1) *Falle von augeborner syphilis mit gleichzeitiger diformital der oberen Scheidezahne in Boyer Arzte intelligenzblatt*, n° 7, 1861.

(2) Z. Lawrence, *Klin. moratsblatter*, t. I, p. 204, 1863, et *Ann. d'ocul.* 1864, p. 111.

(3) W. Watson, *On the interst. keratitis of inherited syphilis. Oph. hosp. Reports*. 1864.

(4) Taylor, *Ophthalmie Review*, avril 1866.

(5) Mooren, *Ophthal. Beobachtungen*, p. 94. 1867.

reste du corps. Nez camus; yeux petits, enfoncés dans l'orbite; cheveux rares. Nulle part de cicatrices; point d'éruptions à la peau; pas de glandes engorgées; n'a jamais eu jusqu'ici de maladie des yeux. Il n'a rien eu dans son enfance qui puisse rappeler la syphilis, même de loin. Ses parents sont vivants, et la mère, que nous avons pu questionner, n'accuse chez elle aucun antécédent syphilitique éloigné. Le malade n'a qu'un seul frère, qui est plus jeune que lui et qui est tout à fait bien portant.

Voici maintenant l'état de ses yeux :

Il ne peut préciser au juste l'époque à laquelle sa vue a commencé à baisser, mais cela ne dépasse guère un mois.

Ce n'est que depuis six jours que son œil gauche est devenu rouge et douloureux.

De ce côté nous constatons, en effet, une injection conjonctivale modérée, acccompagnée d'un cercle vasculaire périkératique, empiétant de 2 ou 3 millimètres sur la cornée, surtout en haut et en bas, aux deux extrémités du diamètre vertical. On dirait deux arcs séniles *rouges*. Examinés à l'aide de la loupe de Brück, ces arcs sont constitués par des vaisseaux rectilignes très-fins, situés dans l'épaisseur même de la cornée, au-dessous de la couche épithéliale, peut-être aussi au-dessous de la membrane de Bowman. Comme d'ordinaire, ils forment à leur extrémité centrale des arcs anastomotiques.

Toute la cornée, particulièrement au centre et en haut, est le siége d'une opacité interstitielle, qui lui donne l'aspect de verre dépoli. Çà et là on aperçoit des points fins, plus saturés que le reste, ce qui s'observe surtout vers les confins du pli antérieur. A l'aide d'un éclairage oblique aussi léger que possible, il est aisé de constater que la cornée a perdu son brillant naturel, par suite d'une exfoliation pointillée de l'épithélium qui tapisse la face antérieure de celle-ci.

En un mot, nous trouvons là tous les signes de la kératite *diffuse* ou *interstitielle*, attribuée par Hutchinson à la syphilis héréditaire.

Le trouble de la cornée est tel qu'il devient impossible d'apercevoir la pupille, et l'examen ophthalmoscopique ne permet de rien voir, sinon l'aspect lactescent de la cornée et l'absence de reflets.

La vision se borne à la simple perception de la lumière, et le malade est incapable de compter ses doigts. Les douleurs circumorbitaires existent, mais ne sont pas très-vives. Il y a peu de photophobie, peu de larmoiement et pas de sécrétion muqueuse ou purulente. Les paupières sont saines et sans granulations.

L'œil droit ne paraît pas malade. Toutefois, à l'aide de l'éclairage oblique, on arrive à voir que la cornée, de ce côté, est le siége d'un très-léger nuage central et profond qui nous fait craindre que l'œil, de ce côté, ne tarde à être pris à son tour. L'examen de l'œil droit, à l'ophthalmoscope, nous montre la pupille, la rétine et la choroïde saines, quoique un peu congestionnées, probablement à la suite d'un mouvement fluxionnaire sympathique.

Dans la première semaine du traitement, nous administrâmes le calomel à doses fractionnées, qui produisit une salivation abondante sans le moindre profit pour l'œil; aussi avons-nous dû le suspendre, et le malade a passé un mois à l'hôpital en se bornant à l'usage d'un collyre d'atropine qui n'a pas réussi davantage.

Nous prescrivîmes alors l'iodure de potassium à la dose de *deux* grammes, puis de *quatre* grammes par jour.

Dès le quatrième jour du traitement ioduré, la cornée a commencé à s'éclaircir et à se dévasculariser, et les choses sont allées en progressant ainsi jusqu'au second mois, époque à laquelle le malade quittait l'hôpital tout à fait guéri. Le jour de sa sortie, l'œil gauche était comme il suit :

Plus trace de vascularité.

Cornée lisse, transparente, sauf un léger nuage, imperceptible, au centre, qui n'empêche pas le malade de lire le nº VII de l'échelle Giraud-Teulon.

Pupille visible comme à l'état normal et parfaitement régulière.

L'ophthalmoscope permet de voir la pupille optique, la rétine et la choroïde, qui sont saines.

Obs. II. — L... (Eugénie), domestique, âgée de 18 ans, entre à Saint-Louis le 15 mai 1869. Elle a mal aux yeux pour la première fois. Son tempérament est lymphatique, sans aucun des attributs des scrofuleux.

Six semaines auparavant, l'œil droit se troubla rapidement et cessa de pouvoir discerner les objets, le tout sans douleurs; et la même chose est arrivée pour l'œil gauche trois semaines plus tard.

État actuel. *Œil droit.* Cornée nuageuse opalescente avec moucheté blanc dans son épaisseur. Injections très-fines, radiées à la limite de la cornée. Autant qu'on peut en juger en regardant par la périphérie de la cornée, plus transparente que le reste, la chambre antérieure et l'iris sont sains. Le malade peut encore distinguer, bien qu'avec peine, le nº VI de l'échelle Giraud-Teulon, à un pied de distance.

Œil gauche. Même état nuageux de la cornée qu'à droite; plus de vascularité; un peu de photophobie. La malade ne peut lire de cet œil que le n° C de l'échelle.

Le traitement consiste en l'administration de *deux* grammes d'iodure de potassium par jour, sans faire usage d'aucun collyre.

Le 23 mai, amélioration sensible. Avec l'œil droit, lit le n° II; et, avec le gauche, le n° L.

Le 18 juin, lit le n° I à droite et le n° XV à gauche.

Le 24 juin, lit le n° V.

Le 3 juillet, le n° II.

Sort le 9 juillet entièrement guérie.

Obs. III. — Alexandre D..., garçon de 12 ans, pâle et faible de constitution, se présente à la consultation des yeux, au bureau central. Sauf quelques ganglions légèrement tuméfiés au cou et aux aines et des taches d'ecthyma cachecticum guéri aux jambes, il n'y a absolument rien chez lui qui puisse donner l'idée d'une syphilis ou même de la scrofule déclarée. Les dents incisives n'offrent point la configuration décrite par Hutchinson; au contraire, elles sont longues, blanches, et tout à fait régulières.

Il est le troisième enfant de la famille, et sa mère en a eu un autre après lui. Aucun de ses trois frères n'a rien eu de syphilitique, ni aucune affection oculaire.

Ce garçon est affecté d'une double kératite diffuse : celle de l'œil gauche remonte à six semaines, et celle du droit à deux semaines seulement.

Le centre et la moitié inférieure des deux cornées sont le siége principal de l'altération, qui est tout à fait caractéristique. Un double arc vasculaire entoure le bas des deux cornées, et des vaisseaux extrêmement fins empiètent même de 1 à 2 millimètres sur cette membrane.

La vision est tout à fait compromise, l'individu ne pouvant discerner que le n° CC de l'échelle.

On prescrit *deux* grammes d'iodure de potassium par jour, sans collyre aucun, et, au bout de six semaines, les cornées étaient presque entièrement éclaircies, et le jeune malade pouvait lire couramment le n° IV de l'échelle.

Obs. IV. — La nommée Bauer, âgée de 25 ans, brodeuse de profession, se présente à la consultation du Parvis avec une double kératite diffuse, surtout prononcée au bas des deux cornées.

Réglée à l'âge de 11 ans, elle eut une première fois mal aux yeux à 18 ans, et une autre fois à 24 ans. La dernière attaque remonte à quinze jours; elle souffre peu et n'a pas de photophobie, ne peut lire ni travailler.

Ses dents incisives sont absolument normales. Elle a eu deux frères et une sœur, qui sont morts en bas âge; elle est la dernière de la famille, et ses parents jouissent d'une excellente santé.

Les observations qui précèdent sont, on le voit, en contradiction flagrante avec les idées professées par Hutchinson, l'habile chirurgien de Londres.

C'est ainsi que, trois fois, les dents étaient entièrement saines, et que, dans le seul cas où elles s'écartaient de leur conformation normale, il s'agissait de dents petites, rabougries, privées d'une partie de leur couronne, comme celles qu'on observe souvent chez les rachitiques.

En réfléchissant, d'autre part, aux caractères assignés par Hutchinson aux dents des malades atteints de kératite diffuse, il est aisé de se convaincre qu'il ne s'agit là que de dents rachitiques, comme on en voit tant, et que, dès lors, rien ne prouve l'origine syphilitique de cette espèce d'atrophie des dents.

Aucun de nos malades n'a eu dans son enfance, pas plus qu'il ne nous en a offert au moment de l'examen, des accidents syphilitiques, de sorte que rien ne nous autorise non plus à attribuer leur affection cornéale à la syphilis.

Pour notre compte, nous avons trop vu de syphilitiques à Lourcine et à l'hôpital du Midi pour admettre un seul instant que la syphilis héréditaire puisse se manifester tardivement à l'âge de 12, 25 et 30 ans, alors que rien n'a transpiré dans la première enfance. Presque toujours, la syphilis infantile éclate dans les six premières semaines après la naissance, et, si l'art n'intervient pas, les enfants succombent; dans le cas contraire, ils guérissent d'une façon presque toujours définitive.

Nous avons vu parfois, il est vrai, dans les hôpitaux, des lésions réputées syphilitiques héréditaires survenues chez des adolescents et des adultes, telles que des perforations du voile du palais, des ulcérations du palais ou de la langue; mais à mesure que la nosologie fait des progrès, on reconnaît que ces états n'ont rien à faire avec la syphilis. C'est ainsi qu'on connaît bien aujourd'hui les perforations et les ulcérations par abcès glandulaires du palais et de son voile, les ulcérations tuberculeuses de la langue, dont nous avons vu un bel exemple à l'hôpital Saint-Louis; enfin, les

diverses éruptions eczémateuses, psoriasiques et autres, de la muqueuse bucco-pharyngienne.

N'est-il pas, d'ailleurs, insolite que la syphilis héréditaire tardive s'attaque à la cornée, alors que la syphilis acquise, aussi bien secondaire que tertiaire, ne se manifeste jamais du côté de la cornée? Des iritis, des choroïdites et des rétinites syphilitiques, nous en avons beaucoup vu et soigné; mais des kératites syphilitiques, jamais. Il va sans dire qu'il n'est point question ici de l'aquo-capsulite blennorrhagique, qui, bien qu'affection vénérienne, n'a aucun rapport avec la syphilis proprement dite.

Si des considérations cliniques nous passons à la thérapeutique, nous trouvons que le mercure n'a aucune action favorable sur la kératite diffuse (notre Observation Ire le prouve jusqu'à l'évidence), tandis que l'iodure de potassium, administré par la bouche, fait véritablement merveille. Les résultats que nous en avons obtenus sont tellement frappants, que nous ne saurions trop recommander ce moyen thérapeutique, aidé au besoin par le fer, le quinquina et l'huile de foie de morue, contre le genre de kératite qui nous occupe.

De tout ce qui précède, nous sommes conduits à penser que Mackensie a été dans le vrai lorsqu'il a décrit ce genre de maladie sous le nom de kératite scrofuleuse chronique. Le meilleur nom serait toutefois de l'appeler *kératite cachectique*, attendu que la plupart des individus qui en sont atteints n'offrent pas les signes apparents de la scrofule, mais ceux de la maladie cachectique par excellence, le rachitisme, la conformation spéciale des dents indiquée par Hutchinson, qui, sans être constante, est pourtant assez commune.

Des considérations qui précèdent il résulte :

1° Que l'origine syphilitique de la kératite diffuse décrite par Hutchinson, sous le nom de kératite heredo-syphilitique, peut être mise en doute;

2° Que la configuration anormale des dents est loin d'être constante, et que lorsqu'elle existe, elle rappelle tout à fait ce que chacun sait des dents rachitiques;

3° Qu'en définitive le nom de kératite *cachectique diffuse* est ce qui lui convient le mieux;

4° Qu'enfin le médicament qui semble exercer une action thérapeutique élective sur elle serait, d'après nos recherches, l'iodure de potassium, à l'exclusion du mercure, qui nous paraît d'autant plus contre-indiqué qu'il s'agit ici d'un état cachectique.

Nous ne parlons point de l'iridectomie, proposée en pareil cas, attendu que nous ne l'avons pratiquée qu'une seule fois, avec un résultat définitif médiocre ; d'ailleurs, nous comptons y revenir plus longuement dans un travail spécial concernant le traitement des opacités cornéales, en général, par l'iridectomie.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. J'ai vu M. Hutchinson à Londres, dans son service, et j'ai pu constater là plusieurs faits de nature à appuyer les opinions du chirurgien anglais sur la kératite syphilitique héréditaire avec lésion spéciale des dents. J'ai vu à Paris des cas de ce genre. En voici un entre autres : les antécédents syphilitiques des parents étaient indiscutables, la mère avait des gommes, le père avait des syphilides palmaires. J'ai vu leur enfant plus tard, il avait une kérato-conjonctivite chronique, et j'ai constaté que ses dents étaient crénelées. J'ai donné du proto-iodure de mercure et la kérato-conjonctivite a très-bien guéri.

M. GIRAUD-TEULON. La question me paraît des plus importantes. J'ai déjà vu un nombre assez considérable de faits analogues à ceux observés par M. Panas et semblables aux faits signalés par M. Hutchinson. La kératite dont il est question forme une espèce morbide à part. Il y a un ensemble de signes locaux et généraux caractéristiques. La syphilis héréditaire n'est point manifeste dans tous les cas, je n'ai trouvé que 14 fois environ sur 30 la syphilis chez les ascendants. Je pense que sur ce point d'étiologie il faut faire appel à ceux de nos collègues qui ont de grands hôpitaux où ils voient beaucoup de syphilitiques. Les enfants ou les sujets jeunes encore qui présentent cette variété de kératite ne sont point scrofuleux, ils sont maigres, étiolés, vieillots ; leurs dents offrent une échancrure de l'émail à la couronne, où l'ivoire est à nu.

Du côté de l'œil, on voit un nuage sur la partie centrale de la cornée, nuage qui va en s'agrandissant vers le limbe de la cornée ; il y a une injection périkératique. Ce n'est pas le pannus, il y a une injection de vaisseaux fins, en rayons, autour de l'opacité.

J'ai vu 7 ou 8 cas dont 5 surtout sont très-probants. J'ai donné aux malades du sirop de Gibert, et ils ont très-rapidement guéri. En somme, je pense que M. Panas penche peut-être trop en sens opposé à M. Hutchinson.

M. GIRALDÈS. J'ai présenté à la société le mémoire de M. Hut-

chinson, et j'ai pu consulter les dessins annexés au mémoire. A Londres, j'ai visité M. Hutchinson à l'hôpital de Morefield, et j'ai pu voir les modèles de dentition qui avaient inspiré l'auteur anglais. Dans mon service, à l'hôpital des enfants, nombre de fois j'ai montré aux élèves des dentitions semblables à celles qui ont été décrites comme appartenant à la syphilis héréditaire, et pour lesquelles il était impossible de trouver de traces de syphilis chez les parents des enfants à dents ainsi crénelées.

Les kératites parenchymateuses ne coïncidaient point avec des dents crénelées, et je suis arrivé à penser que ces lésions n'avaient point la cause syphilitique qu'on leur a prêtée. Si j'ai bonne mémoire, la kératite, décrite et représentée par M. Hutchinson, n'était point accompagnée de pannus, la vascularisation était à peine marquée chez les sujets que j'ai observés. Quant à l'action des médications antisyphilitiques, elle ne signifie rien. Græffe, qui est venu voir mon service à l'hôpital des enfants, me disait qu'il laissait tranquilles les enfants atteints de cette kératite. J'étais du même avis que lui. Mes malades n'en n'ont pas moins guéri.

Maintenant peut-on dire que la syphilis ne touche pas à la cornée? Je crois qu'il faut tenir compte de l'opinion de M. Hutchinson, qui est à la tête du plus grand hôpital ophthalmologique de Londres. Mais pour ce qui est de la forme des dents, elle n'a, à mon sens, aucune signification.

M. GIRAUD-TEULON. M. Hutchinson a signalé l'absence de vascularisation comme un symptôme; les Allemands eux-mêmes la reconnaissent, et c'est pour la provoquer qu'ils préconisent les fomentations chaudes, croyant que la vascularisation est une phase nécessaire de la guérison des kératites.

M. GIRALDÈS. Dans la kératite de Hutchinson il n'y a pas de pannus.

M. DOLBEAU. J'ai observé des kératites avec altération concomitante des dents de la seconde dentition, sans que l'on trouvât des traces de syphilis chez les ascendants des enfants. J'ai observé des dents malades sans kératites et des kératites parenchymateuses sans lésions dentaires, et cela chez toutes sortes de sujets. C'est principalement chez des sujets débilités, mal nourris, misérables, que cette maladie se rencontre.

Pourquoi conclure de quelques faits où l'on trouve des antécédents syphilitiques chez les parents, lorsque tant d'autres faits contredisent la théorie? Je n'admets pas davantage la valeur de l'argument tiré de l'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium;

car l'on voit guérir, grâce à cette médication, une foule de lésions qui ne sont pas syphilitiques. Telles sont certaines scrofulides et les ulcérations de glandes du voile du palais, que l'on appelle improprement des gommes, qu'on observe chez de jeunes sujets et que l'on attribue à une syphilis héréditaire à longue échéance. M. Panas vous a signalé ces faits, on en pourrait citer d'autres encore, par exemple les maladies d'yeux banales qu'on guérit par le calomel, et qui pour cela ne sont pas syphilitiques.

M. DESPRÉS. Les Allemands ont déjà pris assez de choses pour qu'on ne leur en donne pas davantage. L'oculiste anglais W. Lawrence est le promoteur des fomentations d'eau chaude dans les kératites.

M. PERRIN. Les observations de M. Giraud-Teulon diffèrent des observations de M. Panas. Il y a des kératites panniformes et des kératites centrales, avec un limbe transparent. Il faut isoler les cas, et restreindre la discussion aux kératites parenchymateuses avec opacités centrales diffuses. Ces faits sont communs. Nous les voyons chez les jeunes soldats, et ils ne paraissent en relation ni avec la syphilis héréditaire, ni avec la syphilis acquise. En effet, il me semblait que si la syphilis héréditaire existait réellement, il aurait fallu qu'il y eût eu dans la jeunesse des malades quelques accidents qu'on pût rattacher à la syphilis; je partage, à cet égard, l'avis de la majorité de nos collègues.

L'hygiène et les fortifiants guérissent les malades aussi bien que l'iodure de potassium, mais moins vite que le dit M. Panas, qui, je crois, est tombé sur des cas exceptionnels. Et ce n'est pas seulement eu égard à la rapidité de la guérison, c'est encore par rapport aux suites du mal. Il est rare, en effet, qu'après des kératites parenchymateuses, il n'y ait pas des phénomènes gênants de diffraction de la lumière, et même un astigmatisme, le rétablissement complet de la vision, après ces kératites, me paraît une rareté.

M. GIRAUD-TEULON. M. Dolbeau a été très-affirmatif; mais je fais appel à de nouvelles expériences; je ne voudrais pas rejeter toute relation entre la kératite diffuse et la syphilis héréditaire. Je crois aussi que les opacités de la cornée sont aussi parfois très-étendues. J'ai même vu un malade de M. Nélaton où elle était si forte, qu'il était impossible de voir le fond de l'œil à l'ophthalmoscope. Je répète que, dans la kératite de Hutchinson, il y a une vascularisation du pourtour de la cornée en même temps que l'opacité centrale de cette membrane, et qu'il n'y a point de raison pour faire deux sous-genres de kératite parenchymateuse. Enfin, je dois

dire que l'on peut attribuer à des auteurs français usage des fomentations chaudes dans le traitement des maladies des yeux. Janin, dont beaucoup de bons préceptes ont été oubliés, traitait les hypopyons par les fomentations chaudes.

M. DEMARQUAY. J'ai vu des enfants de riches, non cachectiques par misère, et qui avaient des kératites parenchymateuses. Ces enfants n'étaient point scrofuleux, mais les antécédents syphilitiques chez les ascendants étaient prouvés ou probables. Il y avait eu des frères et des sœurs maladifs, et la mère avait fait des fausses couches. D'autre part, l'efficacité du mercure a été telle, que j'argue de l'épreuve du traitement en faveur de l'origine syphilitique incontestable de la lésion.

M. LARREY demande à M. Panas s'il ne vaudrait pas mieux appeler cette kératite une kératite pseudo-syphilitique, plutôt qu'une kératite cachectique, car ce dernier mot appelle une désignation plus caractérisée.

M. MARJOLIN. Je désirerais savoir de notre honorable collègue M. Demarquay, combien il a observé de faits de kératite parenchymateuse avec des antécédents syphilitiques chez les ascendants. M. Giraud-Teulon nous dit qu'il a huit faits confirmatifs sur trente. Cela est une statistique peu probante. Mais encore ce n'est pas chose facile de chercher les antécédents syphilitiques chez les parents ; ils se prêtent peu aux interrogations.

J'entends parler de syphilis héréditaire se révélant à la vingtième année ; cela me paraît bien singulier, d'après ce que nous voyons journellement. Les enfants de syphilitiques ont des accidents dans le premier âge ; ils ne sont point ce qu'on appelle de beaux enfants, et même dans les classes aisées ces choses se présentent. On néglige aussi, à mon avis, les antécédents de scrofule chez les parents. Chez les pauvres, les enfants chétifs, la cachexie arrive vite ; mais pour survenir moins tôt chez les enfants des riches, elle n'en est pas moins menaçante, et c'est au moment où elle s'accuse que l'on voit les kératites parenchymateuses apparaître ; c'est à elle, bien plutôt qu'à la syphilis congénitale, qu'on doit attribuer la maladie des yeux.

Pour moi, autant la syphilis héréditaire dans les premiers mois de la vie est fréquente, autant la syphilis héréditaire, dite tardive, est rare.

M. DEMARQUAY. Je n'ai point compté les faits. Ce que je puis dire, c'est que mon attention a été portée sur ce point depuis quelque temps. J'interroge les syphilitiques que je vois sur l'état des

enfants qu'ils ont. J'ai soigné, pour citer un exemple, un maraîcher qui avait des gommes, et qui m'a raconté que son enfant, âgé de 4 ans, ne marchait pas et n'avait pas de dents. Peut-être cet enfant aura des dents crénelées. J'ai vu des gens qui ont accusé des phénomènes maladifs, du côté des yeux et des dents, chez leurs enfants.

Pour moi, c'est l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium et par le mercure qui fait connaître la véritable nature du mal.

M. PANAS. J'ai vu mes idées partagées par la majorité de mes collègues. J'ai peu de chose à ajouter à ma communication. La vascularisation radiée, contestée, ne saurait cependant être discutée; elle existe dans la membrane de Bowman, sous l'épithélium. La réparation de l'opacité s'effectue sans travail cicatriciel. C'est ce qui fait qu'il ne reste point de trouble de la vision après la guérison du mal; ceci est ma réponse à M. Perrin.

Je répète, avec plusieurs de nos collègues, qu'il est douteux que la syphilis héréditaire puisse être invoquée comme origine de la kératite parenchymateuse. Il n'y a pas de syphilis chez les ascendants dans beaucoup de cas. La syphilis héréditaire, quand l'enfant vient au monde vivant, se développe dans les trois mois qui suivent l'accouchement, et la syphilis tertiaire qu'on dit avoir observée à la vingtième année n'est pas de la syphilis, au moins dans un cas que j'ai observé pendant que j'étais externe dans le service de M. Ricord. On prend beaucoup d'accidents pour des accidents syphilitiques, et nous avons déjà eu plusieurs fois en France l'occasion de voir des erreurs de diagnostic faites à l'étranger à cet égard.

Je suis très-heureux de voir que mes collègues n'attachent pas d'importance à l'état de dentition dont l'observation I[re] de mon travail montre le peu de valeur.

Le mercure a échoué contre les kératites que j'ai observées. L'iodure de potassium a produit un bon effet, comme il en produit dans les autres espèces d'opacités de la cornée; il réussit contre la scrofule, comme vous l'a dit M. Dolbeau. L'action du médicament ne peut donc juger la nature du mal.

Il me paraît difficile de trouver un complément significatif au terme *kératite cachectique*. On ne peut pas dire que cette kératite est pseudo-syphilitique. Le terme *cachectique* est plus juste, puisque l'état des individus n'est ni syphilitique, ni scrofuleux, et que pourtant il y a quelque chose de la scrofule.

M. DEMARQUAY insiste sur le fait que les malades de M. Panas

ont guéri par l'iodure de potassium, pour affirmer que leur kératite était d'origine syphilitique.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : la *Gazette des hôpitaux,* — l'*Union médicale,* — la *Gazette hebdomadaire,* — le *Bulletin général de thérapeutique medicale et chirurgicale,* — la *Gazette médicale de Strasbourg,* — le *Montpellier médical,* — *The Doctor :* A monthly Review of British and foreign médical practice and literature.

M. L. LABBÉ dépose sur le bureau, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Louis Vaslin, intitulée : *Étude sur les plaies par armes à feu.*

M. CRUVEILHIER dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Vast, de Vitry-le-Français, une observation d'extraction de corps étrangers du rectum. — M. Vast demande le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. TRÉLAT annonce à la Société un cas de mort subite dans son service, dont il doit soumettre ultérieurement les détails à la discussion de la Société ; mort subite qui peut être attribuée au chloroforme.

DISCUSSION

Kératite dite syphilitique. — M. GIRALDÈS. J'ai relu le mémoire de M. Hutchinson, et, comme je le pensais dans la dernière séance, nous n'étions pas dans la véritable interprétation de ce travail. J'ai fait plus, j'ai cherché si la doctrine avait gagné du terrain en Angleterre, et j'ai consulté à cet égard les ouvrages de MM. Dickson et Solberg Wells.

Les ophthalmologistes anglais, M. Hutchinson en particulier, sont revenus sur l'idée de la coïncidence de l'altération des dents avec la kératite heredo-syphilitique, et n'ont guère admis cette maladie qu'en se fondant sur les antécédents syphilitiques chez les parents.

Nous nous faisions ici une idée incomplète des opinions anglaises, de MM. Hutchinson et Dickson. La kératite qu'ils décrivent offre une vascularisation fine qui peut gagner toute la cornée. Elle forme d'abord comme une tache de sang, puis elle s'étend. Les vaisseaux n'occupent pas seulement la membrane de Bowman ; ils pénètrent à la longue dans les lames de la cornée.

Les Anglais ne croient pas que ce soit le médicament qui juge la maladie ; ils n'emploient pas le mercure, mais ils ont recours au traitement antiscrofuleux et aux reconstituants.

Les symptômes qu'ils décrivent ne sont point très-clairs ; il y a quelquefois de la photophobie ; parfois il existe une déformation de la cornée, un état chagriné.

Dans quelques cas, on voit la kératite disparaître spontanément. Ici on observe un pointillé de la cornée, et il y a des douleurs préciliaires. C'est de 5 à 18 ans que cette maladie est le plus souvent observée. Ils ajoutent que, dans beaucoup de circonstances, le mal a les caractères des kératites qu'on rencontre dans des états cachectiques autres que la syphilis. Pour moi le fait n'est pas douteux ; je l'ai dit dans la dernière séance.

M. GIRAUD-TEULON. Je ne veux reproduire ici rien de ce qui a été si bien exposé par notre collègue M. Panas. Je demanderai seulement à la Société la permission de lui présenter deux sujets qui lui offriront le type (amélioré, il est vrai) de la physionomie spéciale qui a été décrite dans les discussions précédentes. Ces sujets appartiennent par leur historique à la catégorie dont il a été ici question. Ils présentent en particulier la condition de grande mortalité parmi leurs aînés et dans le bas âge. Ils portent les dents dites caractéris-

tiques d'Hutchinson ; enfin leurs yeux ont subi les altérations qui ont été décrites.

A ce propos, je réparerai une omission que je crois,—avec réserve d'un doute cependant, —avoir été commise par notre collègue. Je ne me rappelle point s'il a été question dans son exposition d'une forme particulière de ces altérations chroniques rattachées par l'école anglaise à la teinte héréditaire. Je veux parler d'une certaine forme d'*iritis* que cette école range aussi parmi les symptômes de la syphilis infantile, forme peu connue, assez rare, et qu'on retrouve parallèlement avec la kératite parenchymateuse dans les observations anglaises.

Cette iritis présenterait une forme assez caractéristique ; son symptôme le plus prononcé et le plus constant consiste en un épanchement abondant de lymphe, de couleur variant du blanchâtre au jaunâtre, au roussâtre, laquelle remplit l'ouverture papillaire, elle-même assez irrégulière, et se répand même parfois jusque dans la chambre antérieure.

Le cercle périkératique est en général peu marqué ; il offre une simple teinte rosée : point d'hyperémie conjonctivale concomitante. La membrane elle-même est tuméfiée et a perdu son lustre ou sa couleur propre.

A l'iritis se joignent quelquefois, mais plus rarement, quelques complications du côté de la cornée.

Attaquée à temps par les mercuriaux, l'iritis cède assez vite, la lymphe étant presque constamment résorbée.

Quant à l'époque de l'apparition de la maladie, la moyenne de son début se rencontre vers 5 mois et demi, et, particularité remarquable rapportée par M. Panas, pour la kératite, il se rencontre cinq garçons seulement pour seize filles.

L'iritis fut à peu près également simple ou double.

Les sujets de ces observations, quelquefois cachectiques, présentent pourtant, le plus souvent, une belle apparence.

Simultanément avec cette affection locale, la plupart des sujets présentaient des symptômes syphilitiques secondaires peu contestables, comme : psoriasis général ou palmaire, coryza spécifique, aphthes et ulcérations de la bouche, condylomes mous autour de l'anus, etc.

Les antécédents spécifiques du côté des parents, recherchés avec soin, furent incontestablement notés dans la grande majorité des cas. Parallèlement avec ces données se rencontrait le grand nombre

de morts précoces ou d'avortements spontanés chez les frères et sœurs nés antérieurement, comme dans la kératite interstitielle.

L'auteur conclut de ce mémoire que l'iritis doit être inscrite au nombre des symptômes de la syphilis héréditaire; non pas comme la kératite ci-dessus décrite de la seconde, mais de la *première enfance*, concurremment avec les symptômes reconnus de la période *secondaire*. Néanmoins, considérant le grand nombre d'enfants atteints de symptômes en naissant, et le comparant au petit nombre de cas d'iritis relevés à cette époque, on doit ajouter que cette manifestation est l'une des plus rares de la syphilis congéniale.

(Il est vrai que, eu égard au peu d'intensité des symptômes réactionnels qui l'accompagnent, elle doit souvent passer inaperçue; les enfants, d'ailleurs, tenant le plus souvent leurs yeux fermés et n'accusant pas de troubles fonctionnels. A raison de ces deux circonstances, tous les enfants suspects, sous ce rapport, doivent être examinés à l'éclairage artificiel latéral, après dilation par l'atropine.)

Nous avons cru devoir rappeler ces détails, parce que, parmi les observations personnelles que nous désirons consigner ici, plusieurs cas n'offrent point d'altération sensible de la cornée, mais les traces d'iritis anciennes développées sur le fond commun décrit devant vous. Voici les faits :

Obs. I. — Isabelle L..., 16 ans, s'est présentée à notre clinique le 3 mai 1865. Depuis cinq années, elle souffre constamment des yeux. Je trouve sur le registre, de la main de mon chef de clinique de cette époque, une indication inexacte et mal définie : kératites péricornéales.

En rappelant mes souvenirs et en invoquant le témoignage de la malade, il n'y a point de doute qu'il ne s'agît ici de la kératite interstitielle vasculaire. (On ne voyait rien de mon point visuel, dit la malade; il y avait comme de la *chair* dessus.)

Cette jeune fille, que vous verrez aujourd'hui très-améliorée, est un type de pâleur et de faiblesse; elle porte les dents caractéristiques d'Hutchinson : nous avons constaté à cette époque l'existence chez elle de l'exostose médio-palatine de M. Chassaignac, de ganglions cervicaux petits, mais indurés; sur la jambe droite, des exostoses douloureuses ou périostites chroniques; l'engorgement du sac, avec épiphora. Plus tard, elle a été atteinte de paralysie partielle de la troisième paire droite, coïncidant avec des douleurs névralgiques de la cinquième paire du même côté. Elle est le cinquième

et dernier enfant de sa famille. Les deux enfants qui la précèdent immédiatement ont aussi, toute leur vie, souffert de la vue. Les deux aînés sont morts tout jeunes. La mère est d'une bonne santé apparente; ses grossesses ont été mauvaises.

Le père, que nous avons vu, et que soignait le regrettable docteur Morpain, est mort d'accidents cérébraux, suite *incontestée* de syphilis tertiaire.

Le traitement employé a été le sirop de Gibert et les toniques.

Obs. II. — L... Eugène, 18 ans, frère de la précédente.

Synéchies postérieures anciennes des deux côtés; cornées portant encore la trace de nébulosités interstitielles.

Myopie et diminution d'acuité consécutive, ayant rendu nécessaire une iridectomie qui a produit les meilleurs résultats optiques.

Obs. III. — Frère puîné des précédents; ne s'est présenté qu'une fois à notre observation : mais nous pouvons affirmer qu'il présentait, à un degré atténué, le type même des deux sujets qui précèdent, et un état des yeux analogue à celui de son frère.

Obs. IV. — Ch. L..., 27 ans. 1er juillet 1865. Petite taille, l'air vif et intelligent, dessinateur; souffre des yeux depuis huit jours.

Le registre porte seulement : Iritis.

La physionomie du sujet se rapproche plus de la cachexie que de la santé. Il porte les dents caractéristiques d'*Hutchinson*.

Marié, a eu deux enfants : l'un mort à sept mois; le second, une petite fille, très-bien portante.

Mais il est le septième enfant de sa famille ; *tous* ceux qui le précédaient sont morts en bas âge.

Il n'a jamais eu la syphilis.

Rétabli entièrement par le sirop de Gibert.

Obs. V. — V... D., 27 ans, Belge. 1865.

Rétinite exsudatrice et iritis; bientôt irido-cyclite.

Cachexie peu accusée. Dents de Hutchinson. Antécédents du père *non douteux*. Rétabli ainsi que sa mère, qui a donné tous les détails, par le sirop de Gibert.

(La mère offrait un commencement de choroïdite non mécanique.)

Obs. VI. — 1867, 29 août. Julie V..., 13 ans, passage Doudeauville (à la Chapelle); blonde, peau fine.

Cette jeune fille, pâle et un peu malingre, mais bien développée, nous est amenée avec une *kératite parenchymateuse interstitielle double*, offrant, à un moindre degré, le tableau de la figure I d'Hutchinson. Les cornées sont revêtues d'un réseau serré de petits vaisseaux, nombreux et superficiels, abondants surtout en bas. Elle n'y voit pas à se conduire ; à l'éclairage oblique, on peut apercevoir les pupilles ; deux petits ganglions sur les parties latérales du cou. Dents caractéristiques.

La mère a eu cinq enfants ; les quatre premiers morts en bas âge.

Soumise au sirop de Gibert et à l'huile de foie de morue, calomel en topique, elle est, en peu de mois, extrêmement améliorée. Au bout de six mois elle peut lire ; elle est fort engraissée, en un mot, *métamorphosée*.

Obs. VII. 1863, nº 11. — Eugénie H..., 9 ans et demi. Petite vieillote, comme les a qualifiées notre collègue M. Demarquay.

Synéchies postérieures ; dépôt de fausses membranes sur la capsule antérieure ; strabisme convergent, hypermétropie.

Les deux incisives supérieures caractéristiques ; les inférieures à un moindre degré.

L'examen ophthalmoscopique révèle des exsudats *spécifiques* sur la rétine.

Le père offre des antécédents non douteux. Il présente également du strabisme convergent avec hypermétropie légère.

Il a eu des chancres, qui ont duré trois mois. Pas de symptômes cutanés secondaires ; chute des cheveux quelques années plus tard.

L'examen ophthalmoscopique témoigne d'un état anémique.

Obs. VIII. — Le 7 février 1866, je suis appelé par le professeur Nélaton à examiner avec lui un jeune homme de 15 ans 1/2, natif de Rio-Janeiro, envoyé pour faire ses études à Paris. Ce jeune homme nous présente deux cornées grises, offrant l'aspect du verre dépoli sur toute leur surface, moins une zone annulaire périphérique de 1mm environ, qui est demeurée parfaitement transparente. On ne peut apercevoir la pupille, même à l'éclairage latéral et après instillation d'atropine. Il existe en même temps un peu de photophobie et une injection rosée autour de la cornée (cercle périkératique), (Voir les fig. 3 et 4 d'Hutchinson).

La couche grisâtre qui obstrue le cornée est profonde ; cependant l'aspect fruste et finement granuleux de la surface de la membrane

nous autorise à conclure à l'existence d'une suffusion comprenant l'épithélium aussi bien que le stroma de la cornée.

Le jeune homme est pâle, la peau est grisâtre, un peu terreuse. Nous ne voyons, au premier abord, dans ces conditions, rien de plus que la marque d'une constitution plus ou moins strumeuse sur un sujet des pays chauds.

Nous appliquons notre traitement habituel des kératites superficielles, le collyre sec de calomel parfaitement pur, l'atropine, et, à l'intérieur, l'huile de foie de morue.

Le 16 février, nul effet observable dans le traitement. Cette circonstance, rare avec la thérapeutique précédente, nous invite à plus de recherches sur les conditions réelles du sujet.

Le jeune homme a eu une enfance délicate, il porte une exostose douloureuse du tibia; de plus, sur vingt-six frères ou sœurs, cinq seulement sont aujourd'hui vivants. Les vingt et un absents sont, à un ou deux près, les aînés. Il sait que son père n'était point d'une bonne santé. Enfin, les dents sont caractéristiques.

Cette analyse nous conduit à considérer le sujet comme fort suspect de teinte héréditaire. J'institue un traitement mixte : sirop de Gibert, application de fomentations chaudes en permanence. Elles sont conservées trois jours pleins. Le 20 février, les parties présentent une injection plus vive, plus aiguë, du cercle périkératique; en voyant des ramifications très-fines dans la cornée, je fais supprimer les compresses.

Depuis ce moment, l'état a été en s'améliorant progressivement.

Le 14 mai, les cornées, encore nébuleuses au centre, sont manifestement éclaircies à la circonférence. Le malade lit de l'œil droit le 3e caractère de notre échelle, et de l'œil gauche le premier seulement. Le 30 mai, le mieux a continué ses progrès; le malade lit couramment; l'iris jouit de toute sa mobilité; la pupille n'est point déformée; les cornées n'offrent plus que l'apparence de la *kératite ponctuée.*

Le 3 juillet, les progrès se sont soutenus; nous pouvons procéder à un examen ophthalmoscopique; nous reconnaissons alors les vestiges d'une inflammation chronique de la rétine et du nerf optique : suffusions grisâtres dans les couches vasculaires de la membrane; amincissement des vaisseaux; papille blanche, et en même temps le siége de l'injection de ses vaisseaux propres. Plusieurs ramifications artérielles ont subi la dégénérescence blanche, c'est-à-dire qu'il y avait ici une lésion de nutrition chronique en même temps que celle de la cornée.

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance, j'ai cru devoir insister sur la rareté des affections syphilitiques héréditaires après la dernière enfance, et cette opinion est aussi celle d'un de mes collègues de 'hôpital Sainte-Eugénie. J'ajouterai que, jusqu'à ce jour, mes recherches n'ayant pas porté sur la question soulevée par M. Panas, e me bornerai à demander si dans le cas d'un enfant qui a eu une kératite, et qui présente encore actuellement tous les symptômes d'une syphilis héréditaire les mieux caractérisés, on peut, par la seule inspection de sa cornée, dire : cette kératique est syphilitique, ou bien, c'est une kératite scrofuleuse ancienne coïncidant avec la syphilis.

C'est pour être éclairé sur cette question que j'ai amené aujourd'hui une petite malade qui a été également vue par notre collègue M. Dubreuil.

Voici le résumé de l'observation recueillie avec beaucoup de soin par M. Valtat, interne dans mon service :

X..., âgée de 5 ans 1/2, ayant les apparences d'une bonne constitution, entra à l'hôpital Sainte-Eugénie le 19 août 1871. Sa mère, mariée depuis douze ans, perdit, dans les quatre premières années de son mariage, deux enfants en bas âge. A ce moment, sa santé était encore bonne; mais à dater de cette époque, son mari ayant contracté la syphylis, elle eut quatre enfants dont trois moururent en bas âge.

X..., qui fait le sujet de notre observation, commença, quatre mois après sa naissance, après avoir été d'abord bien portante, à présenter des ulcérations à la marge de l'anus et aux cuisses. Au même moment, la mère, qui la nourrissait, s'aperçut qu'elle avait des rougeurs sur la peau et commença à ressentir des douleurs dans la tête, et il lui survint aussi des ulcérations dans la gorge ; et, sur l'avis d'un médecin de Metz, elle suivit pendant six mois un traitement antisyphilitique. L'enfant conserva les apparences d'une bonne santé ; plus tard, elle eut la scarlatine et la rougeole, et peut-être la variole. C'est seulement il y a un an qu'il lui survint, dans le dos, sur la poitrine et au jarret, des taches rouges qui ne tardèrent pas à se couvrir de croûtes d'un jaune verdâtre, allant toujours en s'agrandissant. Un médecin qui vit l'enfant prescrivit l'usage du vin de quinquina et des lotions. Sous l'influence de ce traitement, les croûtes tombèrent, mais ne tardèrent pas à se reproduire. C'est à ce moment qu'elle entra à l'hôpital, et M. Dubreuil, ayant de suite reconnu la nature de l'affection, soumit l'enfant à l'usage du sirop de Gibert. Un peu plus tard, lorsque les ulcérations furent presque

cicatrisées, je fis en outre prendre à la petite malade des bains de sublimé. Comme ce service était encombré et que nous avions dans nos salles une épidémie de rougeole, l'enfant dut quitter l'hôpital en continuant son traitement dehors.

Lorsque je vis l'enfant pour la première fois, alors que le caractère des ulcérations ne pouvait être méconnu, j'avoue que je ne fus pas frappé de l'état de ses yeux, et je crois que l'attention de notre collègue ne fut pas plus attirée sur ce point, qui passa inaperçu comme pouvant être le résultat d'une ancienne kératite strumeuse.

Aujourd'hui, ayant voulu revoir la malade, j'ai constaté, à droite, de petites taches blanches, résultant d'une ancienne kératite centrale ponctuée, et, à gauche, les traces d'une kératite centrale s'étendant en dehors, jusqu'au rebord de la cornée. La mère nous a dit que, depuis deux ans, l'enfant a commencé à avoir mal aux yeux. L'affection aurait débuté par de la rougeur, surtout de l'œil gauche, avec douleur et gonflement et suppuration. Les accidents auraient cessé sous l'influence d'un traitement antiscrofuleux, sans iodure de potassium.

L'examen des dents ne nous a pas présenté les altérations signalées par nos collègues, altérations qui peuvent être causées par d'autres maladies survenues à l'époque de l'évolution dentaire, et qui sont loin d'être constantes dans la syphilis héréditaire, comme vient de le dire M. Giraldès en citant M. Dickson. Chez notre malade, les dents ont une configuration normale; il n'y a qu'un petit point carié au collet de l'incisive médiane gauche.

En résumé, dans le cas actuel, où la syphilis héréditaire ne peut être contestée, faut-il rattacher cette kératite ancienne à la syphilis, ou bien n'est-ce qu'une coïncidence d'une manifestation scrofuleuse intercurrente?

M. DESPRÉS. L'altération des dents, chez les deux malades que nous présente M. Giraud-Teulon, est une lésion entièrement étrangère à la syphilis. Beau, qui avait fait d'excellentes remarques sur les sillons des ongles, avait aussi vu les altérations des dents par suite de maladies graves.

Il est positif que lorsqu'une maladie aiguë ou chronique, grave, tient les malades longtemps au lit pendant la période de l'évolution des dents de la seconde dentition, ces dents présentent ultérieurement des altérations de la couronne. On en a donné pour raison l'acidité de la salive dans les maladies graves, qui dissout l'émail et laisse l'ivoire à nu; un sillon en résulte sur la dent, et est désormais ineffaçable.

J'ai interrogé les deux malades de M. Giraud-Teulon, et l'un d'eux m'a dit avoir été toujours malade jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans; l'autre a avoué une fièvre typhoïde au même âge. J'ajoute que, sur mes malades à l'hôpital de Lourcine, j'ai nombre de fois vérifié le fait avancé par Beau.

M. GIRALDÈS insiste sur deux points :

Les altérations des dents, même pour les Anglais, n'ont aucune valeur pour confirmer le diagnostic d'une kératite syphilitique; le traitement n'est pas invoqué comme preuve de la nature syphilitique de la kératite, car les Anglais n'emploient que le traitement de la scrofule et du rachitisme.

RAPPORT

Fistule vésico-vaginale. — M. TILLAUX fait un rapport verbal sur une observation de *fistule vésico-vaginale* opérée et guérie par M. le docteur Cazin.

Ce que le fait a présenté à noter, c'est d'abord, dit le rapporteur, la diminution de la fistule pendant les trois mois qui ont suivi l'accouchement ; de 3 centimètres de diamètre, la fistule était réduite à 1 centimètre. M. Cazin, après avoir essayé de placer, pendant l'opération, la malade sur le côté, puis sur les genoux et les coudes, a été obligé de placer la malade sur le dos, dans la position de l'examen au spéculum, la seule que la malade ait pu supporter. L'opération, continuée d'ailleurs par le procédé américain, devenu classique, a bien réussi; six points de suture ont été placés : le douzième jour la malade était bien guérie.

Le rapporteur conclut au renvoi de l'observation au comité de publication, et à l'inscription de M. Cazin sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

M. BLOT. Je pense que ce fait doit confirmer une opinion dont on ne tient pas assez de compte. Il ne faut pas opérer trop tôt les fistules vésico-vaginales, parce que la rétraction cicatricielle peut aller jusqu'à oblitérer des fistules de moyenne grandeur, et qu'on peut ainsi éviter aux malades une opération qui a quelquefois des suites fort graves; je ne parle pas seulement de l'agrandissement de la fistule dans le cas où la suture manque, je veux signaler aussi des péritonites très-graves.

LECTURE

Cas d'atrophie congénitale de l'œil gauche par suite de variole intra-utérine. — M. PANAS. Ainsi qu'il ressort du travail statistique de M. Dumont (1), la cécité par variole serait très-commune avant la cinquième année de la vie, puisque, sur un total de 122 aveugles de cette espèce, il en compte 86 qui le sont devenus à cet âge. Nulle part, pourtant, il ne fait mention d'une origine congénitale du mal, et le même silence est gardé par les auteurs classiques d'oculistique aussi bien que par ceux de pathologie interne, d'où nous avons conclu que le fait en question était au moins rare, et qu'à ce titre, il méritait de vous être signalé.

Mme X..., âgée de 25 ans, petite taille, mais bien constituée, vint nous consulter à l'hôpital Saint-Louis pour sa petite fille, atteinte d'impétigo. En regardant la mère, nous sommes frappés de l'atrophie du globe oculaire gauche, qui se présente comme il suit :

Le volume de l'organe est réduit de plus de moitié. Il y a surtout un aplatissement antéro-postérieur qui fait que, dans les mouvements latéraux du globe, celui-ci paraît renflé vers l'équateur, et la forme en est, du reste, légèrement carrée, comme cela a toujours lieu dans les yeux atrophiés. La cornée n'a pas plus d'étendue qu'un gros grain de lentille, et permet de voir, derrière, un cristallin opaque calcarifié adhérent au bord pupillaire de l'iris, qui est lui-même ratatiné et changé de couleur, comparé à l'iris sain. La chambre antérieure n'existe plus, mais on ne remarque ni staphylomie ni aucune trace d'ancienne perforation de l'œil.

La position statique de l'œil atrophié est normale, sans strabisme d'aucune sorte; tous les mouvements sont conservés et symétriques, à l'exception de l'abduction, qui s'exécute d'une façon incomplète, chose d'autant plus remarquable que l'adduction reste entière et s'exécute même d'une façon exagérée, la cornée rudimentaire venant se cacher en grande partie sous la caroncule.

Il semblerait, d'après cela, que le muscle droit externe ait seul subi les effets de l'atrophie qui a atteint l'œil, ce qui vient corroborer, jusqu'à un certain point, les idées émises par notre collègue M. Giraud-Teulon sur l'insuffisance native du muscle droit externe,

---

(1) G. Dumont, médecin des Quinze-Vingts, *Recherches statistiques sur les causes et les effets de la cécité*, p. 41-48. Paris, 1856.

dans le cas de microphthalmie propre à la structure hypermétropique de l'œil.

Inutile d'ajouter que toute perception lumineuse est abolie de ce côté, tandis que l'œil droit possède une acuité visuelle des plus parfaites, et offre une structure emmétrope.

La malade, qui paraît fort intelligente, affirme être venue au monde avec l'œil gauche aussi réduit, et dans l'état où il est actuellement; et ce qui confirme son dire, c'est que l'orbite et l'os jugal du même côté offrent un arrêt de développement proportionnel à l'ancienneté du mal.

Sa mère, pendant sa grossesse, avait eu la variole, et, à la naissance, le corps de la malade était couvert de taches *discrètes*, comme c'est le propre de la variole intra-utérine, dont elle conserve encore des vestiges, sous la forme de très-légères macules blanchâtres, extrêmement superficielles, lisses, et ne différant du reste de la peau que par la couleur plus blanche de leur superficie. Du reste, il en existe fort peu; elles sont surtout visibles sur le devant de la poitrine. Ajoutons, pour terminer, que la malade n'a rien eu dans son enfance, ni depuis, qui puisse rappeler, même de loin, des manifestations syphilitiques quelconques.

HONORARIAT.

La Société est appelée à voter sur une demande de M. Depaul, à l'effet d'obtenir le titre de membre honoraire de la Société de chirurgie. M. Depaul ayant satisfait au règlement, il est procédé au vote.

25 membres présents, 21 votants.

Oui....................	17
Non....................	1
Bulletins blancs..........	3

M. Depaul est nommé membre honoraire de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1871.

Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*, — l'*Union médicale*, — le *Gazette hebdomadaire*, — le *Montpellier médical*.

— Une lettre de M. Legouest, qui, retenu par un service militaire, demande un congé.

— M. LE FORT présente, de la part de M. le docteur Gustave Puel, quatre mémoires manuscrits, ayant pour titre : 1° *Plaie pénétrante du crâne par coup de feu chargé à plomb : mort*; — 2° *De l'amputation de jambe au-dessus du tiers supérieur, dans certains cas embarrassants qui paraissent exiger l'amputation de cuisse*; — 3° *Observation d'un cas de fracture du cartilage de la huitième côte droite*; 4° *Notice sur quelques appareils à panser provisoirement, sur le champ de bataille, les blessés de fractures des membres.*

M. Puel demande à être inscrit comme candidat au titre de membre correspondant (MM. Panas, Després, Lefort).

— De la part de M. le docteur Marquès, un mémoire intitulé : *Statistique sur les maladies et la mortalité dans l'armée portugaise.*

M. Marquès demande à être inscrit comme candidat au titre de membre correspondant étranger.

— M. DEMARQUAY présente la thèse du docteur Emmanuel Larue, intitulée : *Des blessures des nerfs par armes à feu.*

— M. PANAS présente, de la part de M. le docteur Maurice Laugier, deux mémoires intitulés : 1° *De la grenouillette hydatique*; 2° *Des kystes séreux de la région parotidienne.*

Fistules du testicule et de l'épididyme. — M. CHASSAIGNAC. Faire disparaître du traitement des suppurations testiculaires les moyens rigoureux, tels que l'amputation et l'emploi du fer rouge, en prouvant qu'on arrive à de meilleurs résultats par des moyens plus

doux, et que l'emploi des moyens dits héroïques conduit à des conséquences pratiques regrettables, tel est l'objet du travail que je soumets au jugement de la Société de chirurgie.

La question des fistules tuberculeuses du testicule mérite une attention très-sérieuse. Elle ne saurait être traitée légèrement ou par à-peu-près, sans exposer à des fautes de pratique qu'il importe d'éviter.

Or, on ne peut se faire des idées nettes sur ce point qu'en rapprochant, pour les comparer entre elles, toutes les fistules de la région testiculaire et en voyant ce qu'a été à leur égard la pratique de ceux qui nous ont précédés.

Ce rapprochement de fistules d'origines différentes doit être fait, parce qu'il avertit de ne pas mélanger entre elles, à raison de leur similitude d'aspect, des fistules tuberculeuses et des fistules qui succèdent à de simples abcès, soit épididymaires, soit testiculaires.

Voici donc l'énumération des diverses suppurations qui peuvent donner lieu à des fistules occupant la région scrotale.

Ce sont, d'une part, des suppurations urinaires, dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment ; d'autre part : 1° des abcès tuberculeux du testicule ; 2° des abcès tuberculeux de l'épididyme ; 3° des suppurations testiculaires parfaitement enkystées ; 4° des suppurations testiculaires diffuses ; 5° des suppurations épididymaires non tuberculeuses ; 6° des fistules par suite de vaginalites suppurées ; 7° des fistules purement scrotales, suite de phlegmons des bourses ; 8° enfin, il peut se former, à la partie inférieure du scrotum et du testicule, des tumeurs gommeuses pouvant donner lieu à des fistules.

Aucune de ces maladies n'exige l'amputation du testicule.

Il y a eu, en cette matière, de véritables sinistres chirurgicaux ; on a enlevé des testicules parfaitement sains pour de simples abcès, susceptibles, quand ils sont bien traités, de laisser place à une guérison solide et au rétablissement des fonctions testiculaires. J'en citerai des exemples.

C'est en ne perdant pas de vue les causes de léthalité qui sévissent sur les sujets soumis à la castration, qu'on peut se faire une juste idée de la gravité des déterminations chirurgicales en pareil cas.

Le principal grief ne prend pas sa source dans l'ablation d'un organe en grande partie détruit et inutile, comme si les organes inutiles doivent jamais être sacrifiés sans motifs suffisants ; le grief s'adresse à la section du cordon avec ses hémorrhagies, ses diffu-

sions purulentes, soit dans le scrotum, soit dans la région inguinale.

En outre, quand le cordon lui-même est tuberculeux, qu'en fait-on dans l'amputation? Ces tubercules du cordon donneront pourtant lieu, eux aussi, à des suppurations qui deviendront fistuleuses. Que ferez-vous alors? Vous ferez ce par quoi vous auriez dû commencer.

Mais, dit-on, quand on n'a pas été appelé d'assez bonne heure, les ravages sont devenus tels, qu'on a la main forcée dans le sens de l'amputation. Mais c'est précisément là ce qui accuse au plus haut degré l'utilité de procéder, dès le début et sans aucun sursis, aux moyens de canalisation. Un simple tube, placé dès l'origine, aurait prévenu ces désordres, qui s'engendrent les uns les autres.

Nous avons relevé six observations, toutes publiées, et où l'on voit que, le corps du testicule étant sain, l'ablation de cet organe a été pratiquée pour des accidents purement suppuratifs. N'est-il pas évident que, en présence de cas semblables ou analogues, chacun se dirait : Essayons d'abord de l'incision simple; si elle ne suffit pas, ayons recours au drainage, et n'abordons pas d'emblée l'*ultima ratio* de l'amputation avant d'avoir reconnu l'importance des autres moyens.

Encore un peu de patience, et vous verrez que, grâce aux concessions que nous feront nos adversaires, nous arriverons à modifier radicalement ce point de pratique, et ce qui, dans les cas de ce genre, restera supprimé, ce ne sera pas le testicule, mais bien la castration elle-même.

Si bien disposé que l'on puisse être en faveur des moyens rigoureux (je crois pouvoir appeler ainsi la castration et l'emploi du fer rouge, car on ne peut contester qu'ils appartiennent à cette classe de remèdes que dans les anciennes écoles on désignait sous le nom d'héroïques,quoiqu'il n'y ait là-dedans absolument rien d'héroïque), n'est-il pas de règle élémentaire, dans la pratique, de faire précéder l'emploi des moyens rigoureux par l'emploi des moyens doux?

Une chose qui hâterait la conversion que nous voudrions voir s'opérer, ce serait la production d'une statistique exacte de la mortalité dans les castrations pour fistules tuberculeuses; car, à moins de faire admettre que l'opération, dans les cas de ce genre, jouit d'une immunité particulière, il doit y avoir un certain nombre de cas de mort, et je n'en vois citer nulle part : c'est cependant là un élément qui importe dans la question.

Sans me permettre d'élever la moindre contestation à l'encontre des cas de guérison de fistules tuberculeuses par le cautère actuel, je tiens à dire les motifs qui m'éloignent de ce genre de traitement dans ma pratique.

1° En principe, je n'ai qu'une médiocre confiance dans ces procédés où, avec le fer rouge, on larde les tissus vivants. Ce sont toujours, passez-moi l'expression, des cautérisations à l'aveuglette, c'est-à-dire inconscientes, en ce sens qu'on est toujours exposé à ce double écueil, ou d'atteindre des points qu'on voudrait ménager ou de ne pas toucher des points qu'on aurait le désir d'atteindre. Si du moins on préparait la voie au cautère par quelque dilatation préalable! mais plonger le fer rouge d'emblée dans ces fistules épididymaires qui ont des anfractuosités labyrinthiques, c'est se mettre hors d'état d'atteindre les diverticules fistuleux.

2° Je reproche aux cautérisations pénétrantes du scrotum de donner lieu pendant la cicatrisation à un travail inodulaire, qui agit principalement à l'entrée de la fistule, et par conséquent sur le tissu cutané, qui, plus que tout autre, est exposé à la rétraction cicatricielle, ce qui ferme la fistule à l'entrée, en laissant dans les parties profondes les éléments d'un nouvel abcès.

3° Enfin, la cautérisation pénétrante n'est, en définitive, qu'une brûlure, et j'ai remarqué que la brûlure du scrotum expose à l'érysipèle et à l'angioleucite, beaucoup plus que ne le font les brûlures dans d'autres régions du corps, à cause de l'humidité qui est permanente dans les brûlures de la région scrotale.

Ne pouvant reproduire ici les quinze à seize observations que je possède sur le traitement des fistules testiculaires et épididymaires, permettez-moi de représenter en une seule observation, très-écourtée, les résultats généraux de ma pratique sur ce point.

Le nommé Louis C..., 27 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Lariboisière le 30 mai 1863. Dès l'âge de 8 ans il avait eu un accroissement de volume de la bourse gauche par blessure en descendant d'un arbre. 18 ans après : fistule, traité en Algérie sans succès.

Entré à l'hôpital le 30 mai 1863, le 17 juin on procède au défoncement du cul-de-sac de la fistule et on place un tube.

Pas de symptômes inflammatoires : suppuration légèrement augmentée, puis réduite à rien. Sort de l'hôpital le 15 juillet 63. Cessation définitive de tout écoulement. Guérison parfaite vérifiée à la consultation.

Curling, dont le très-estimable ouvrage n'est pas au courant des idées actuelles sur la canalisation des fistules, a rapporté deux exem-

ples de castration pratiquée d'emblée pour des cas de suppurations épididymaires dans lesquels, aujourd'hui, les partisans même les plus outrés de la castration n'oseraient pas recourir à la mutilation testiculaire.

J'ai dû mentionner, dans mon *Traité de la suppuration*, les deux exemples de castration cités dans l'ouvrage de Curling ; il en est un surtout, page 481 du tome II, dans lequel il s'agit de fistules épididymaires. L'observation se termine de la manière suivante : il y avait sur trois points de l'épididyme des collections de pus épais, et à la queue de cet organe une cavité suppurante, s'ouvrant par un trajet fistuleux à la partie inférieure du scrotum. *Le corps du testicule était complétement sain.*

Ce cas du testicule complétement sain, enlevé pour des abcès et fistules épididymaires, qui se guérissent par l'incision ou par les tubes, est rapporté par l'auteur, qui fut témoin de cette mutilation, sans provoquer de sa part aucune réflexion et comme la chose du monde la plus simple.

L'ablation d'un testicule sain, faite pour de simples fistules, me paraît quelque chose de bien rigoureux, et la présentation d'une pièce de cette nature dans une assemblée de chirurgiens serait loin d'y trouver une approbation sans réserves.

La surprise de l'opérateur lui-même en pareille circonstance est dépeinte dans les observations avec beaucoup de naturel et même un peu de candeur, et il est difficile de ne pas démêler dans le langage du narrateur quelque chose qui touche au désappointement alors même que le malade guérit, et s'il meurt des suites de l'opération, la surprise fait place à un sentiment pénible.

Je repousse, pour ma part, de la manière la plus formelle, l'extirpation du testicule dans les cas du genre de ceux rapportés par Curling, dans celui où il a été simple observateur, aussi bien que dans celui d'un capitaine de navire opéré par lui. (P. 482, t. II, *Suppuration.*)

Le drainage par des anses élastiques fenêtrées m'a conduit, dans des cas semblables, aux résultats les plus heureux, notamment sur un vieillard et sur un jeune homme qui, en 1857, se trouvaient dans mon service et dans la même division (salle Saint-Louis), à l'hôpital Lariboisière.

Sur ces deux malades qui, à ma prière, sont revenus me voir plusieurs fois à la consultation, j'ai été à même de constater la solidité de la guérison.

Voici quel est le mode d'installation du tube à drainage : on

sonde aussi profondément que possible le trajet de la fistule, au moyen du poinçon retourné d'un trocart à drainage. Aussitôt que l'instrument est arrêté par le cul-de-sac de la fistule, on retire le poinçon mousse, on le renverse, présentant sa pointe, et on le réintroduit dans la canule, qui a été laissée sur place, là où l'a conduite l'exploration.

La pointe de l'instrument étant libre, on la fait sortir à travers les téguments, en perforant, par conséquent, d'outre en outre, le fond de la fistule.

L'anse à drainage est alors établie, nouée par ses deux bouts, recouverte de cataplasmes. Des bains sulfureux sont donnés tous les deux jours, et l'on prescrit un traitement approprié à la nature de la lésion générale à laquelle on a des raisons de croire que la fistule doit son origine.

Dans certains cas, le pus est emprisonné dans le testicule. Cet organe reste tuméfié, sensible, état qui peut se polonger fort longtemps.

On avait admis, mais à tort, qu'il n'y avait guère, pour cet état de l'organe, d'autre remède que l'amputation. C'est ce qu'on lit dans une observation d'A. Cooper, qui, en examinant le testicule, trouva dans son centre un abcès chronique.

Les faits de ce genre, s'ils se reproduisaient aujourd'hui, appelleraient une critique sévère. Quel est le chirurgien qui, avant de recourir à la mutilation testiculaire dans des cas analogues à celui dont il vient d'être parlé, ne se ferait pas un devoir de compléter, par l'emploi du trocart explorateur, un diagnostic toujours incertain? et si du pus était ramené par l'instrument d'exploration, ne devrait-on pas recourir au drainage, qui remplacerait, avantageusement et sans aucun danger, l'amputation d'un organe aussi important que le testicule ?

M. Nélaton a observé, à l'hôpital des Cliniques, un fait analogue à celui d'A. Cooper. La castration fut pratiquée, et l'on put reconnaître qu'il s'agissait d'un kyste renfermant du pus et contenu dans la cavité même de la tunique albuginée.

M. Denonvilliers a rapporté une observation en tout semblable à celle qui précède. On y voit qu'après la castration il fut constaté qu'il s'agissait d'un abcès enkysté.

M. Gosselin, dans un cas semblable, opéra par simple incision, et ne vit survenir aucun fungus.

J'ai, moi aussi, rapporté dans mon traité un cas où, à la suite d'une fièvre typhoïde, en 1847, à la Charité, un malade fut égale-

ment traité par incision simple, et ne présenta aucune production ungoïde.

Dans l'orchite tuberculeuse, quand tout le produit morbide a été évacué, si la maladie primitive s'arrête et s'il ne se dépose pas de nouvelle matière tuberculeuse, il se fait un travail de réparation. L'écoulement cesse, les fistules se ferment et le testicule reste plus ou moins diminué de volume ou même complétement atrophié, suivant l'étendue de la désorganisation qu'a entraînée le dépôt tuberculeux. Une légère dépression, au niveau de laquelle la cicatrice adhère au testicule, indique pour toujours le point où se trouvait la fistule.

Quand la suppuration se forme dans un testicule tuberculeux, on peut recourir au drainage, que j'ai employé dans des cas semblables, et qui a toujours amélioré très-notablement l'état général; de sorte qu'il reste démontré pour moi que la mauvaise canalisation des fistules de ce genre, et l'abandon du mal à ce qu'on appelle les efforts de la nature, exercent sur la constitution une influence des plus fâcheuses, sans parler de ces recrudescences inflammatoires qui viennent par intervalle aggraver l'état général et local du sujet.

Il résulte de là que, lors même qu'on ne guérit par le drainage ni l'état général, ni même l'état local du malade, du moins amène-t-on, par ce moyen, des changements très-marqués qui sont tout entiers à l'avantage de la constitution et de la partie lésée.

L'épididyme est beaucoup plus fréquemment que le testicule le siége de suppurations qui sont généralement chroniques. C'est particulièrement sous la forme tuberculeuse ramollie que se présente la suppuration de l'épididyme.

La suppuration épididymaire tuberculeuse envahit assez souvent les deux épididymes; toutefois, l'affection ne marche pas dans les deux organes avec une égale rapidité. L'un des épididymes est souvent ramolli et fistuleux avant que l'autre ait effectué son travail de suppuration.

Si l'on ne se rend pas un compte exact de la situation précise du pus dans l'épididymite suppurée, on est exposé à plus d'un contresens dans l'application des moyens de traitement; il faut donc savoir qu'il existe deux espèces distinctes d'épididymites suppurées : 'épididymite canaliculaire, l'épididymite celluleuse.

La première est très-rare; je n'en ai vu, pour ma part, qu'un seul exemple, et j'ai rapporté dans mon traité une autre observation très-complète de déférentite purulente canaliculaire : *Traité de la suppuration*, t. II, pages 491 et 547.

L'épididymite suppurée celluleuse est de beaucoup la plus fréquente. Le pus siége à l'extérieur de la muqueuse; il forme des abcès souvent multiples dans le tissu conjonctif, qui relie entre elles les flexuosités du conduit.

Ne voyez-vous pas d'un seul coup d'œil que, quand la suppuration est canaliculaire, ni le fer rouge ni l'amputation ne sont de mise? car l'un des moyens ne peut pénétrer dans le canal déférent, et l'autre n'en peut enlever qu'une partie.

Que si les abcès n'existent que dans le tissu celluleux de l'organe, c'est une maladie de trop peu de gravité pour comporter l'emploi des moyens ultimes de la chirurgie.

Il est un fait sur lequel nous devons appeler l'attention : c'est la communication possible des fistules épididymaires avec la région inguinale. Il arrive parfois que, quand l'épididyme a été le siége d'une suppuration prolongée, le scrotum se décolle, et, à la faveur de ce décollement, le pus remonte jusque dans la région inguinale, où l'on voit se produire les symptômes de l'adénite. Chez le sujet de l'observation 545 de mon *Traité de la suppuration*, on voit que les fistules épididymaires se sont accompagnées d'un double bubon, et qu'en pressant sur un de ces bubons, on faisait manifestement refluer le pus par une des fistules.

Quand un abcès épididymaire a donné lieu à une fistule rebelle, le drainage réussit à tarir la suppuration et finit par ramener peu à peu les organes à leur condition normale. Exemples : *Traité de la suppuration*, t. II, p. 490, obs. 546.

Le côté le plus intéressant de la question est relatif aux erreurs de diagnostic. Elles sont plus fréquentes qu'on ne pense ; et nul chirurgien, doué du sens pratique, ne saurait traiter légèrement ce sujet. Mais il faut tout prouver par des exemples, par des faits.

L'abcès épididymaire tuberculeux, et surtout la fistule épididymaire tuberculeuse, ressemblent parfois d'une manière frappante à la fistule épididymaire non tuberculeuse, quand elle succède soit à des accidents uréthraux chroniques, soit à une violence directe, ou bien, comme j'en ai vu des exemples, à une ponction de l'épididyme dans l'opération de l'hydrocèle. Il y a un signe différentiel excellent, mais il n'existe pas toujours. C'est l'induration brisée du cordon, qui le fait ressembler, au toucher, à un tuyau de pipe cassé en plusieurs fragments et qu'on sentirait au travers d'une étoffe. Cette sensation est caractéristique, et, toutes les fois qu'on la constate coïncidemment à l'existence d'une fistule épididymaire, on peut affirmer que celle-ci est bien réellement tuberculeuse.

J'ai eu l'occasion de faire cette remarque sur un très-intéressant malade, chez qui M. Ricord avait diagnostiqué, à première vue, la tuberculose testiculaire, et chez lequel le drainage, traversant une fistule scrotale tuberculeuse, a produit une amélioration telle, que le malade a été à même de faire des voyages dans le Midi sans éprouver aucun accident et presque aucune gêne (M. Capelard).

Admettez, eu égard aux méprises diagnostiques, qu'ayant pris une fistule épididymaire non tuberculeuse pour une fistule tuberculeuse, je m'apprête à combattre cette dernière, soit par le fer rouge, soit par la castration, n'est-il pas évident que, dans le premier cas, je puis intéresser avec l'instrument la tunique albuginée, pénétrer même à l'intérieur de cette tunique et compromettre gravement la substance d'un testicule qui n'est réellement pas malade, quoique étant adossé à une masse plus ou moins indurée, parcourue par les diverticules fistulaires? Dans le second cas et après l'ablation, je m'aperçois que j'ai enlevé un organe plus ou moins anémié ou atrophié, plus ou moins induré sur l'un de ses côtés, mais qui, en définitive, pouvait être parfaitement conservé.

Ce que j'avance sur la méprise diagnostique dont je parle et sur la proposition faite, mais repoussée par moi, d'enlever un testicule pour de prétendues fistules tuberculeuses, j'en ai vu des exemples.

Un d'eux, entre autres, m'a paru digne d'être placé sous vos yeux.

M. Alexandre G..., banquier à Saint-Pétersbourg, âgé de 32 ans, père de deux enfants, fut opéré par un chirurgien habile et excellent praticien, pour une hydrocèle de la tunique vaginale droite. L'injection iodée fut employée. Sauf une inflammation plus vive que celle qu'on observe d'habitude, aucun accident grave ne survint. Mais au lieu de se terminer par une résolution franche et complète, un engorgement opiniâtre envahit la partie inférieure du testicule et de l'épididyme du côté opposé. Plus tard, un abcès se forma et donna lieu à une fistule, pour le traitement de laquelle on épuisa les ressources de la thérapeutique. Rien n'y faisait, et l'engorgement formant une masse de plus en plus volumineuse, on s'épuisait en conjectures sur la singularité des suites d'une opération habituellement inoffensive; on finit par s'accoutumer à l'idée qu'il s'agissait d'un engorgement tuberculeux.

Le malade, désespérant de guérir et voyant le mal s'aggraver, fit venir ce qu'on appelle une célébrité chirurgicale de ce temps-là, qui proposa la castration.

C'est alors que le médecin ordinaire du malade me pria, avant de

laisser pratiquer la castration, d'examiner le patient et de lui dire mon avis.

A l'examen, je trouvai la moitié droite du scrotum occupée par une tumeur du volume de la moitié du poing, douloureuse à la pression, sans trace aucune de fluctuation dans la tunique vaginale.

Une fistule existait à la partie inférieure de la tumeur, avec induration périphérique, donnant chaque jour une quantité variable de matière sanieuse et purulente.

L'état général était satisfaisant, mais, au moindre écart de régime, survenaient des recrudescences inflammatoires qui allaient jusqu'à nécessiter l'application de sangsues sur le trajet du cordon. Je me fis rendre compte des divers produits qu'avait jusque-là fournis la fistule. Jamais on n'avait aperçu le moindre détritus strumeux; je fis soumettre à l'examen micrographique tous les liquides recueillis sur les linges dont le malade était obligé de se garnir. Le résultat de l'investigation fut pareillement négatif et sur la présence de matières tuberculeuses et sur la présence de liquide spermatique; je m'opposai à l'amputation, et j'avançai que, fût-elle plus tard reconnue inévitable, il fallait tenter l'emploi des tubes.

M. G... endormi à l'aide du chloroforme, j'opérai d'après le procédé que j'ai décrit.

Le malade n'était pas opéré depuis huit jours, que des changements notables étaient survenus dans sa position; et, en sept semaines, tout était rentré dans les conditions normales. On distinguait alors parfaitement le testicule de l'épididyme, dont le globus minor conservait encore un peu d'induration.

Dès que la suppuration fut tarie, j'enlevai le tube, et depuis lors la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

Tout dernièrement encore, j'ai revu ce malade, qui s'applaudit d'en avoir été quitte à si bon compte. Il rappelle, par son excellent aspect, le malade que vous a présenté M. Tillaux, et, de même que le malade de notre confrère le bénit en souvenir du service rendu, mon malade me bénit non moins fort. L'un des malades a conservé son testicule, l'autre n'a plus le sien. Mais je me hâte d'ajouter que le malade amputé avait un testicule tuberculeux, constaté histologiquement par M. Tillaux.

Je suis convaincu, et ce n'est pas la première fois que j'ai été à même de faire cette observation, que, malgré la haute habileté du chirurgien qui avait opéré l'hydrocèle, la pointe de son trocart a atteint l'épididyme, y a développé une phlegmasie terminée par

suppuration et par fistule, ayant le caractère labyrinthique des fistules épididymaires.

Un seul tube a suffi pour amener une guérison complète.

Si la castration n'était que le simple retranchement d'une sorte de détritus ou de moignon purulent et putride, exerçant une influence fâcheuse sur l'état général du malade, on pourrait admettre l'opportunité de cette sorte de régularisation opératoire; mais le détritus, si détritus il y a, doit être de quelque chose pour le malade, parce que ce débris tient à l'économie par un moyen de connexion, le cordon, qui représente à lui seul, quand on le coupe, une bonne partie des dangers de l'opération.

Dans les observations rapportées par A. Cooper, par Curling, celle dont Curling a été simplement témoin et celle du capitaine de navire qu'il a opéré, dans l'observation de M. Nélaton, dans celle de M. Denonvilliers, dans celle de M. Demarquay pour une fistule résultant de vaginalité purulente, on voit que l'ablation du testicule a été pratiquée pour des faits étrangers à toute dégénérescence, et qui sont des lésions purement suppuratives.

Dans les cas de ce genre, une simple incision, comme l'a prouvé le fait de M. Gosselin, ou le drainage, suivant mes propres observations, n'ont été l'occasion d'aucun fongus, d'aucune complication, et ont parfaitement guéri sans le secours d'aucune ablation.

Il reste donc bien établi qu'on ne doit pas enlever le testicule pour un abcès, et surtout pour un abcès enkysté.

Je ne crois pas qu'il vienne à la pensée d'aucun de nos collègues que, en citant des observations depuis longtemps publiées, j'aurais l'idée de faire remonter un blâme s'adressant à la pratique des honorables et savants chirurgiens qui ont fait connaître des faits que j'utilise à ma manière, pour fixer des points de pratique que nous avons tous le droit et le devoir de mettre en libre discussion. Si l'intention blessante dont je parle eût existé, ce serait sur moi que retomberait le blâme. Ma critique s'adresse à l'époque même où ces faits ont été recueillis et où l'on ne connaissait pas encore les moyens simples et conservateurs qui ont pénétré et qui pénètrent chaque jour de plus en plus dans la pratique générale.

En résumé, toutes les fois que, par l'ancienneté de la maladie, la fatigue, les douleurs et le dépérissement du sujet, il y a lieu de poser la question de castration pour une tumeur testiculaire, on doit, avant de passer outre à l'amputation, faire une ponction explorative avec le trocart fin, et, si l'instrument ramène du pus, on doit procéder par incision simple; si l'incision seule est insuffisante, on doit recourir

au drainage, et ne jamais procéder à la mutilation testiculaire pour des accidents purement suppuratifs, quelque compliqués qu'ils paraissent au premier abord.

En vérité, on ne comprend pas pourquoi la pratique s'est laissée emporter au sujet d'une opération qui lui a si souvent mal réussi. Voyons, est-ce qu'en bonne chirurgie on enlève jamais un organe important pour un abcès? On vide l'abcès et on conserve l'organe.

M. DEMARQUAY. La question soulevée par M. Chassaignac touche à un point important de la pratique chirurgicale. On peut se tromper sur la nature des lésions suppurantes pour lesquelles on pratique la castration. Le fait auquel a fait allusion M. Chassaignac en est un exemple. On avait conseillé au malade que j'ai opéré la castration; j'ai d'abord essayé de conserver, et en fin de compte j'ai enlevé le testicule. Je reconnais que, dans un cas pareil, je ne pratiquerais pas la castration.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Chassaignac pour le traitement des fistules purulentes du testicule, lorsqu'il n'y a que de la suppuration. Je ferais des incisions et même je pratiquerais le drainage. Mais pour les cas où il existe des tubercules du testicule, je ne suis plus avec notre collègue. Je me suis occupé de la question et j'ai acquis la conviction que dans le cas de fistules multiples, on ne peut recourir au drainage et larder, pour ainsi dire, de tubes un testicule. Les malades souffrent, ils ne peuvent ni travailler ni marcher, ils supplient le chirurgien de les opérer, et on est obligé de céder à ce désir, et réellement c'est ce qu'il y a de mieux à faire.

En somme, j'admets qu'il faut restreindre les amputations du testicule aux cas où il y a des tubercules infiltrés dans l'épididyme et le testicule et où le mal réagit sur toute l'économie.

M. CHASSAIGNAC. Je remercie M. Demarquay de n'avoir vu dans le fait que j'ai emprunté à sa pratique que la discussion scientifique d'indications opératoires. Ce que j'ai dit dans mon travail est absolu pour moi, mais chacun peut ne pas faire ce que j'ai fait.

Je répondrai à M. Demarquay que, même dans le cas de fistules multiples du testicule, un seul drain suffit, pourvu qu'il passe par la partie la plus déclive du scrotum. Je lui dis encore que, tout en admettant ses raisons, je ne puis m'empêcher de répéte : essayons les tubes à drainage avant de faire la castration.

M. DEMARQUAY. Que M. Chassaignac me permette de le lui dire: quand les résultats sont aussi heureux qu'il nous l'a rapporté, je ne pense pas qu'il y ait de vrais tubercules du testicule. La castration

ne doit pas être redoutée lorsqu'on la pratique pour des testicules tuberculeux ulcérés. Je n'ai pas vu de cas de mort à la suite de cette opération, tandis que la castration pour des cas de cancers du testicule est plus grave. Cela tient à cette loi de la chirurgie, que les opérations réussissent généralement mieux chez les sujets opérés pour un mal qui suppure, que chez les individus opérés pour une tumeur cancéreuse ou autre. Cette considération fait que devant un testicule franchement tuberculeux qui traîne, je croirai devoir faire sans hésitation la castration.

M. TILLAUX. Je partage l'avis de M. Demarquay. Nous sommes d'accord sur un point, c'est que la castration ne doit pas être faite pour les fistules purulentes, et qu'elle doit être réservée pour des cas extrêmes; même pour les tubercules franchement tuberculeux, on doit s'abstenir lorsque l'état général du malade est satisfaisant, ainsi que ce fait est consigné dans une des observations de M. Chassaignac.

Maintenant, en nous plaçant même au point de vue de M. Chassaignac, raisonnons : un abcès se forme, on l'ouvre ; il y a des fistules, on y place un drain; mais après, que faire ? Si le mal persiste, si le malade dépérit, comme cela était manifeste chez ce malade dont le testicule avait été drainé par M. Chassaignac lui-même et que j'ai cité il y a quelque temps, l'amputation est la meilleure ressource; dans de telles circonstances, je m'élève contre l'abstention, malgré la gravité de l'opération.

M. GIRALDÈS. Je partage les opinions de M. Chassaignac relativement aux fistules purulentes du testicule; mais lorsque je considère que les testicules tuberculeux sont constitués par des matières caséeuses et graisseuses dans l'épaisseur des canaux épididymaires augmentés de volume, dépôts qui, comme cela se voit dans le canal déférent, peuvent causer des foyers multiples isolés, au milieu de tissus fibreux altérés, et entretenir une suppuration constante, je ne crois pas que le drainage soit suffisant, et si le malade n'a point de tubercules pulmonaires, il faut éviter les accidents qui résultent de la suppuration chronique, les inflammations et les douleurs qui empêchent les malades de marcher et de travailler. Alors il faut amputer.

Je ne pense pas que la castration soit aussi grave que l'on peut le croire. J'ai enlevé beaucoup de testicules, et je n'ai pas eu de cas de mort.

M. LE FORT. Je ne pense pas non plus que la castration soit une opération grave. Je n'ai pas eu de cas de mort pour des castrations

pratiquées pour débarrasser les malades de testicules tuberculeux. A mon sens, il ne faudrait pas proscrire d'une manière complète la castration dans les cas de tubercules du testicule sans tubercules pulmonaires.

M. CHASSAIGNAC. Je répondrai à M. Tillaux que je ne puis lui dire ce que j'aurais fait si les tubes à drainage n'avaient point réussi; l'occasion ne s'est pas présentée. On parle toujours du désir qu'ont les malades d'être débarrassés de leur mal ; c'est pousser loin l'interprétation que de dire qu'ils veulent être amputés. Si on leur donne du soulagement et une amélioration par le drainage, ce n'est pas par choix qu'ils demanderont la castration.

M. Giraldès nous parle d'induration sur le trajet du canal déférent comme étant une caractéristique du testicule tuberculeux qu'il croit que l'on peut opérer. Je trouve, moi, une contre-indication à l'opération dans les cas où il y a des lésions du canal déférent.

Je ne suis pas éloigné de penser aussi que les tubercules pulmonaires ne sont pas des contre-indications à l'opération des fistules. J'ai opéré des fistules à l'anus chez des phthisiques; les plaies ont bien guéri et les malades ont éprouvé un soulagement qui leur a procuré un assez long bien-être.

Avant de changer d'opinion sur le traitement du testicule tuberculeux, je demanderai à mes contradicteurs qu'ils donnent les statistiques, avec la mortalité, des testicules tuberculeux traités par la castration.

LECTURE

M. DUBREUIL lit une observation de résorption des alvéoles de la mâchoire supérieure et d'une portion de l'arcade alvéolaire. (Commissaires : MM. Sée, Le Fort, Cruveilhier.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Lipome pédiculé de la peau. — M. PANAS présente un lipome pédiculé enlevé sur la cuisse d'un malade, et qui présentait deux particularités remarquables : une ulcération sur la partie centrale de la tumeur, et une absence totale de sensibilité sur la moitié inférieure du lipome. Le présentateur attribue l'ulcération et l'absence de sensibilité à la destruction des nerfs pendant l'accroissement de la tumeur. M. Panas fait remarquer, en outre, que des lipomes très-gros ne sont pas pédiculés aussi nettement que la tu-

meur relativement petite qu'il présente. Cela tient, suivant lui, à ce que ce lipome s'est développé dans l'épaisseur même de la peau.

M. TILLAUX. En 1869, j'ai enlevé une tumeur lipomateuse quatre fois grosse comme celle-ci et pédiculée ; il y avait aussi une ulcération sur la tumeur. J'ai enlevé la tumeur avec l'écraseur.

M. CHASSAIGNAC. Cette tumeur peut être considérée comme servant de transition entre le lipome et le molluscum. Les altérations des fonctions de la peau, l'hypertrophie et l'atrophie du derme sont des lésions qui se mêlent et qu'on observe dans ces lipomes et dans le molluscum.

M. SÉE. Il n'y a pas d'analogie entre le lipome et le molluscum. Dans le molluscum, il y a des altérations du derme et des follicules pileux ; dans le lipome, il y a hypertrophie graisseuse.

M. CHASSAIGNAC. Le genre molluscum n'est pas défini ; il y a des molluscums érectiles, dermoïdes et graisseux. Le molluscum n'est pas plus une maladie à part que le fongus de la dure-mère.

M. DOLBEAU. Il n'est pas rare d'observer des lipomes pédiculés du genre de celui que nous présente M. Panas. Chez les hommes comme chez les femmes, on les rencontre à la partie interne de la cuisse. J'ai récemment enlevé deux lipomes semblables à celui que nous voyons ; ils avaient été pédiculés dès leur origine et étaient *insensibles*. L'origine de ces lipomes pédiculés dans les aréoles du feutrage du derme a été bien enseignée par notre maître, M. Nélaton, et il avait même fait la remarque que ces tumeurs étaient parfois transparentes.

Le fait de l'insensibilité de la peau de la tumeur n'est pas rare, vous le voyez, et je pense que l'on doit l'attribuer à l'amincissement du tégument et à l'altération des parties qui perçoivent la sensation.

M. MARJOLIN. La transparence des lipomes est bonne à connaître, car on pourrait tomber dans des erreurs de diagnostic et juger un lipome un kyste. J'ai vu un exemple de ce genre où le diagnostic était très-difficile. C'était une tumeur lipomateuse pédiculée de l'abdomen chez un enfant, et la tumeur était transparente.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le vice-secrétaire annuel: **Armand Després.**

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1871.

Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Les *Archives générales de médecine*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. V, nº 8.

M. FORGET présente, de la part de M. le docteur Brachet, d'Aix (Savoie), un mémoire manuscrit intitulé : *Blessures par armes à feu aux eaux d'Aix en 1871.*

M. Brachet demande à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant. Renvoi à une commission composée de MM. Sée, Cruveilhier, Forget, rapporteur.

RAPPORTS

M. DESPRÉS lit un rapport sur les travaux du docteur A. Chipault (d'Orléans), au nom d'une commission composée de MM. Tarnier, Guéniot et Després.

Résection de 18 centimètres du tibia; reproduction osseuse. — Messieurs, M. le docteur Chipault vous a adressé une observation de plaie par arme à feu du tibia, suivie de nécrose, et pour laquelle il a pratiqué la résection de plus de la moitié du tibia. Voici le fait résumé :

R... (Charles), 22 ans, soldat au 41ᵉ de marche, blessé à Villorteau, avait eu une plaie en séton de la jambe gauche avec fracture du tibia à la partie moyenne; le péroné était conservé. Traité pendant deux mois à Beaugency, d'abord dans une ambulance de la

ville, la consolidation se faisait lentement. Un appareil plâtré avait été placé par un aide-chirurgien d'une ambulance de la Société de secours aux blessés, qui avait passé quatre jours dans la ville, et le blessé était retombé entre nos mains le 22 décembre. Le blessé suppurait beaucoup; des esquilles se détachaient. Le malade fut placé dans un appareil de Scultet, moins les bandes imbriquées. Ce soldat a été laissé dans cet état à l'hôpital de Beaugency au moment de notre départ, le 29 janvier 1871; la consolidation n'était pas complète.

Le 2 mai 1871, le malade a été évacué à Orléans, dans le service de M. Chipault; une nécrose étendue du tibia existait; l'os, quoique la fracture fût consolidée, paraissait nécrosé dans toute son épaisseur. Le malade était très-anémié. Le genou était fléchi et ne pouvait être étendu.

M. Chipault a d'abord cherché à redresser le genou, et traita l'anémie par le fer et le quinquina; puis il se décida à faire une résection. Réunissant alors tous les trajets fistuleux dans une incision commune, il a enlevé une portion du tibia dans toute son épaisseur et dans une étendue de 18 centimètres. Pour arriver à faire cette résection, le chirurgien avait scié le tibia à la partie moyenne et réséqué séparément les deux parties de l'os, suivant les procédés de Blandin et de M. Chassaignac.

Le périoste des os nécrosés se détachant facilement, il avait été aisé de décoller cette membrane dans toute l'étendue de la partie qui semblait malade.

Ce membre fut placé dans une gouttière avec un coussin sous le jarret, pour empêcher le renversement du fragment supérieur. Le pansement simple, le régime fortifiant, la contention aidant, amenèrent la guérison le 30 octobre. Le malade marchait avec une canne, l'os s'était régénéré en haut et en bas; 10 centimètres d'os étaient reproduits et réunis par un tissu dur, où se développait manifestement de l'os. Le malade marchait bien à l'aide d'un tuteur mécanique fixé à la chaussure, et appuyé sur une canne; le genou n'était plus ankylosé.

Ce fait est très-intéressant; il montre ce que peut la chirurgie pour la conservation des membres. Même après des nécroses étendues, on peut espérer le succès; la conservation du périoste, séparé déjà de l'os par le fait de la nécrose, aide à la reproduction d'os incomplets, mais parfaitement suffisants néanmoins.

Le fait observé par M. Chipault est la confirmation d'une règle mise en pratique par les chirurgiens de Paris. J'ai ajouté à l'obser-

vation de M. Chipault les notes que j'ai tirées de mes registres d'ambulance, et je les ai citées pour appeler l'attention sur ce fait, que les appareils plâtrés dans les premiers jours des fractures par armes à feu sont peu avantageux. Le membre ne tarde pas à jouer dans l'appareil, et il est ordinaire que ces bandages, même avec une fenêtre, occasionnent des phlegmons, même de la gangrène et peut-être la nécrose.

J'avais fait enlever l'appareil plâtré de Ridel à cause d'un phlegmon menaçant. Déjà, à Sedan, j'avais observé trois gangrènes graves par suite d'appareils plâtrés, prématurément posés sur des fractures de cuisse par des chirurgiens allemands. Je ne serais pas éloigné de penser que l'appareil plâtré placé sur le blessé a été peut-être nuisible.

J'ajoute une dernière réflexion. J'ai été frappé, pendant la campagne, d'un fait important : le décollement traumatique du périoste par suite de l'ébranlement des os. Certes, le fait a été signalé lorsqu'on a décrit des esquilles libres et des esquilles adhérentes; mais ce que l'on n'a pas assez dit, c'est que le décollement du périoste remonte parfois très-haut ou très-bas, loin de la fracture. C'est ce qui explique les nécroses consécutives étendues, du genre de celle qu'a rencontrée M. Chipault, et où l'on peut espérer qu'une reproduction osseuse aura lieu. Même dans les plaies récentes, le fait peut être constaté. Voici 22 centimètres d'esquilles du tibia d'un de mes blessés. Le jour du premier pansement, j'avais déjà retiré un certain nombre d'esquilles en extrayant la balle, et c'est le sixième jour que j'ai retiré celles que vous voyez; elles sont venues très-facilement. Elles n'ont subi aucune préparation, l'on peut constater qu'il ne reste que fort peu de périoste après une des esquilles. Tous les fragments d'os réunis forment un os long de 22 centimètres; seulement il ne correspond pas à toute l'épaisseur du tibia. Il manque les esquilles postérieures enlevées le jour du premier pansement.

Lorsque j'ai eu retiré tous les morceaux d'os, il restait un espace vide dans une étendue approximative de 16 centimètres.

Mon malade, messieurs, dont M. Chipault a pu me donner des nouvelles, est encore à Orléans. Le tibia est presque entièrement reproduit. On sent, dit M. Chipault, « à peine un vide de 5 centimètres entre les deux fragments, et encore, à ce niveau le doigt perçoit une dureté qui est l'indice d'une reproduction osseuse ».

En enlevant les esquilles, je ne me suis nullement préoccupé du périoste ; il était naturellement conservé par le fait du décollement traumatique, et la pièce que je vous ai montrée vous fait voir

quelle étendue de périoste a dû rester après les extractions d'esquilles que j'ai pratiquées, et la suppuration qui a suivi, pour qu'un os se reproduisît.

Le malade qui fait le sujet de cette courte mention est N... Henry, soldat au 37e de marche, blessé à Villorceau le 7 décembre, le même jour que R..., et apporté à l'ambulance trois jours après sa blessure, car il était resté caché dans une ferme où il s'était traîné.

Le malade de M. Chipault a conservé sa jambe, et marche ; le mien, qui a une ankylose incomplète du genou, parce que l'on n'a pas songé, après mon départ, à faire exécuter, de temps en temps, des mouvements à l'articulation du genou, va bien aussi. On peut espérer que ces deux malades marcheront. Si nous avions amputé ces deux malades, ce que bien des chirurgiens auraient fait, les malades, s'ils avaient guéri, marcheraient depuis longtemps avec des jambes de bois, cela est vrai ; mais pour que l'opération pût réussir sans nécrose consécutive du moignon, il aurait fallu faire la désarticulation du genou ou l'amputation de la cuisse, deux opérations extrêmement graves. Mettre des chances de mort pareilles en balance avec un an ou dix-huit mois d'hôpital, je n'y souscrirai jamais, et je trouve que M. Chipault, en faisant une résection au lieu d'une amputation pour une nécrose presque totale d'un os, suite de plaie par arme à feu, a fait de la bonne chirurgie. D'autre part, le fait du soldat N..., dont j'ai appris la guérison prochaine, me confirme dans la pratique que j'ai suivie pendant toute la durée de la campagne, de ne jamais amputer pour une fracture comminutive de la jambe et du membre supérieur, si nombreuses que soient les esquilles, quand les artères et les nerfs n'étaient pas sérieusement endommagés. N..... est un des exemples les plus frappants que j'ai observés ; et comme c'est le seul dont j'ai gardé les esquilles, c'est le seul que je puisse citer utilement à la Société.

M. Chipault a également adressé à la Société un mémoire imprimé relatif à trois résections de l'omoplate, moins sa cavité glénoïde.

Ces trois opérations heureuses méritent d'entrer dans l'histoire des résections de l'omoplate, car on ne saurait dire que ce sont là de simples extractions d'esquilles.

Messieurs, M. Chipault est un ancien interne des hôpitaux, chirurgien de l'hôpital d'Orléans. Il s'est signalé dans la dernière guerre par son zèle et son activité dans les circonstances douloureuses où s'est trouvée deux fois la ville d'Orléans. Votre commis-

sion vous propose de déposer le mémoire de M. Chipault dans nos Archives, de renvoyer son observation au comité de publication, et d'inscrire l'auteur au nombre des candidats à la place de membre correspondant. (Adopté.)

DISCUSSION

M. TILLAUX. M. Desprès condamne les appareils plâtrés ; il y en a de plusieurs espèces. Les appareils pleins avec une fenêtre sont mauvais, je le concède ; mais les appareils à attelles latérales sont bons, et je crois qu'il ne faudrait pas les repousser.

M. LE FORT. Je crois que les appareils plâtrés, même comme les appliquaient les Prussiens, sont bons. Ces appareils, enduits d'une composition qui les rend imperméables, sont excellents pour le transport des blessés ; mais je suis de l'avis de M. Desprès, il ne faut pas les appliquer trop tôt.

M. CHASSAIGNAC. Je ne pense pas que les appareils plâtrés pleins soient nuisibles quand on laisse une grande fenêtre au niveau de la plaie.

M. DEMARQUAY. Lorsque l'on place de la ouate sous le plâtre, je pense que l'on peut éviter les accidents.

M. GIRALDÈS. Il y a très-longtemps que M. Hergott, de Strasbourg, a envoyé à la Société les modèles des appareils plâtrés à attelles latérales en plâtre, avec enduit imperméable. Ces appareils ont été jugés à juste titre excellents. Je veux aborder un autre point. M. Desprès parle de l'ébranlement des os qui occasionnerait le décollement du périoste ; mais on sait cela. Avec les nouvelles armes de guerre et la force de projection des balles, on voit les os fendus très-loin du point frappé, et le périoste est décollé au niveau de la fracture ; le décollement se complète plus tard par les progrès de l'inflammation.

M. CHASSAIGNAC. Le décollement du périoste dans les plaies par armes à feu récentes est souvent très-étendu. J'ai observé un cas où j'ai extrait un nombre considérable d'esquilles qui, toutes, étaient aussi nettes de périoste que si elles eussent été disséquées. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait reçu un coup de feu dans le bras.

M. BLOT. Pendant la dernière guerre, j'ai vu un fait semblable. J'ai retiré du foyer d'une fracture de cuisse de nombreuses esquilles détachées entièrement du périoste.

M. DESPRÉS. Le périoste se détache souvent par les progrès de l'inflammation du foyer d'une fracture, mais dans les plaies récentes on ne peut invoquer cette cause.

J'ai encore remarqué, pendant la campagne, que les décollements du périoste étaient souvent très-étendus, même sur des portions d'os non fracturés au-dessus d'une fracture, et qu'ils étaient limités seulement par les insertions musculaires, si difficiles à arracher, que bien des esquilles restent adhérentes aux muscles au milieu des fractures les plus comminutives. Dans les amputations de cuisse que j'ai pratiquées, j'ai été plus d'une fois obligé de sectionner l'os plus haut que je ne l'avais médité, parce que je trouvais le périoste décollé au loin, comme cela a dû exister chez le blessé de M. Cazin, dont je parlerai tout à l'heure.

Un fédéré, à qui j'ai coupé la cuisse au Palais de l'industrie peu après la blessure, avait le périoste décollé sur le fémur, non fracturé en ce point, loin du genou, qui était broyé. Mais le décollement même n'est pas toujours évident; il faut le chercher. Des épanchements de sang sont fréquents sous le périoste qui n'est pas encore détaché, et cela suffit pour que le décollement se complète plus tard, surtout lorsqu'un moignon suppure. En même temps, il n'est pas rare qu'il y ait des épanchements de sang dans le canal médullaire. Tout cela constitue la contusion des os. J'en ai vu des exemples dans les rares autopsies que j'ai pu faire pendant la campagne.

Je me hâte de dire que M. Muron, interne distingué des hôpitaux, et qui a fait la campagne dans une de nos ambulances, a déjà publié dans la *Gazette médicale* des remarques sur les épanchements de sang intra-osseux à la suite de coup de feu sur les os. Ce mémoire renferme des faits très-instructifs à l'égard de la contusion des os. Certes, j'admets volontiers qu'il ait pu exister dans l'humérus des foyers sanguins qui aient causé la nécrose; mais le décollement du périoste me paraît avoir existé, surtout si l'on considère le volume des ostéophytes.

M. LE FORT et M. GIRALDÈS pensent que c'est le sang épanché qui décolle le périoste au voisinage des points fracturés.

Nécrose de la diaphyse de l'humérus dans un moignon d'amputation. — M. DESPRÉS, au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Houel et Després, fait un rapport sur une observation de M. le docteur Cazin sur ce sujet.

P... (Antoine), âgé de 26 ans, soldat au 45e de ligne, amputé du

bras au tiers moyen, pour une fracture du coude probablement, quoiqu'il soit dit *de l'avant-bras* dans l'observation, vingt-trois jours après la blessure. M. Cazin n'a vu le malade que le 14 janvier, c'est-à-dire plus de quatre mois après la bataille de Sedan, où P... avait été blessé. Il existait une nécrose avec gonflement énorme du moignon; la nécrose était très-ancienne, au dire du blessé.

M. Cazin se décida à reséquer l'os. Une grande incision elliptique, suivant un plan passant dans l'axe du bras, lui permit d'arriver jusqu'à l'os. Le périoste fut détaché avec une pince, et un os volumineux, irrégulier, spongieux, jusqu'au point où l'humérus avait son volume normal, point où un trait de scie fut appliqué. C'est au niveau du col chirurgical de l'humérus que la section a eu lieu.

L'os se reproduisit dans le moignon.

La pièce anatomique montre une couche épaisse de tissu osseux de nouvelle formation, circonscrivant de toutes parts une nécrose de la totalité du corps de l'humérus, dans une étendue de 8 centimètres.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC. La question est complexe. Il y a eu sans doute une ostéomyélite, laquelle a causé le décollement du périoste. Ces faits sont communs ; le périoste décollé sécrète un nouvel os par sa face interne ; la plupart du temps ce sont des stalactites épaisses, irrégulières, formant une sorte de canon dans lequel se trouve emprisonné l'os nécrosé, et d'où il a été entraîné quelquefois par la suppuration.

Le décollement du périoste ne cause pas, à mon sens, de nécroses aussi étendues. Dans beaucoup d'amputations, le périoste décollé cause la nécrose d'une virole de l'os, ne comprenant pas toute son épaisseur ; mais s'il y a ostéomyélite, il y a nécrose de toute la diaphyse, remontant quelquefois jusqu'à l'épiphyse.

M. GIRALDÈS. Je vois, dans le dernier rapport de notre collègue, un fait et une explication ; le fait n'est pas exceptionnel. Les os sur lesquels a porté une section pour une amputation se nécrosent facilement. Les os atteints de coup de feu ne se brisent pas carrément, il y a des fentes prolongées au loin. Ces fractures causent des épanchements de sang et des périostites consécutives qui entraînent des nécroses étendues. Des cylindres de la diaphyse des os de 2 à 10 centimètres peuvent être modifiés et rester entourés de couches

d'ostéophytes périostiques, d'une masse osseuse périostale. Cette explication ne le cède pas à la théorie du décollement périostique sous l'influence du traumatisme.

Longmoore, en parlant des amputés de Crimée de l'armée anglaise, a signalé des faits analogues à celui de M. Cazin; il ouvrait le moignon et allait chercher l'os invaginé. Roux (de Toulon) avait proposé la désarticulation de l'os pour les nécroses dans les moignons d'amputation de cuisse. Il a, du reste, fait des opérations de résection pour de semblables nécroses. Il a enlevé les nécroses avec les ostéophytes qui les entouraient, et un os s'est reproduit.

M. DESPRÉS. Le but principal de mes remarques est de montrer la fréquence des décollements étendus du périoste dans les plaies par arme à feu récentes, et de leur attribuer les nécroses qui s'en suivent.

M. CHASSAIGNAC. Je ne parle pas d'un os des membres brisé en beaucoup d'esquilles, je me borne aux os intacts divisés pour une amputation où l'on voit une nécrose totale. C'est, pour moi, l'ostéomyélite qui est la cause de la nécrose; le périoste ne joue qu'un rôle secondaire.

Enchondromes multiples de la main, de l'avant-bras et du bras. — M. DESPRÉS fait, au nom de la même commission, un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Cazin sur ce sujet.

Il s'agit d'un nommé D... (Zacharie), âgé de 34 ans, qui, depuis 23 ans, c'est-à-dire à l'âge de 11 ans, a vu se développer sur la main gauche une série d'enchondromes qui n'ont cessé de s'accroître, et se développaient sur le périoste des phalanges et des métacarpiens.

Le mal a commencé quelques mois après une contusion de la main sur laquelle un cheval avait marché. A l'âge de 16 ans, un petit enchondrome avait paru sur le cubitus, du même côté. Au moment où M. Cazin a vu le malade, il y avait en outre un petit enchondrome à côté de la coulisse bicipitale de l'humérus.

L'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras a été faite, et vous avez vu la pièce. Ce fait n'a d'analogue que celui de Lenoir, publié dans l'atlas de M. Lebert. La main, avec les tumeurs, pèse 2 kilog. 800 grammes, ce qui est en effet énorme. L'auteur croit que le traumatisme est une des causes de ces enchondromes, et il est juste de dire que, dans ce cas particulier, les apparences sont favorables à la supposition.

Les conclusions du rapport sont le renvoi des observations de M. Cazin au comité de publication, et l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

LECTURE

Nouveau mode d'uranoplastie. — M. LANNELONGUE lit une observation sur ce sujet. (Renvoyé à une commission composée de M. Giraldès, Labbé, Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Diagnostic de la coxalgie. — M. MARJOLIN présente une pièce d'ostéite tuberculeuse du bassin simulant une coxalgie.

Il est très-rare de pouvoir en quelque sorte surprendre la maladie dans cette période, et que les symptômes auxquels elle a donné lieu se rattachent tellement à l'idée d'une coxalgie, que l'on soit en droit de se demander s'ils appartiennent exclusivement à cette affection. Afin de faire mieux comprendre ma pensée, je l'ai résumée dans dans les propositions suivantes :

La flexion très-prononcée de la cuisse sur le bassin, l'impossibilité de pouvoir imprimer au membre pelvien des mouvements d'extension ou d'abduction sans entraîner le bassin et causer des douleurs très-vives, sont-elles, en l'absence au moins apparente d'une collection purulente intra ou extra-pelvienne, des signes suffisants pour conclure à l'existence d'une coxalgie, alors que les troubles fonctionnels et l'attitude vicieuse dont nous venons de parler existent depuis plusieurs mois et qu'ils ont été précédés de claudication ?

Si j'avais dû, il y a quelques jours, répondre à la question ainsi posée, je n'aurais pas hésité à dire que l'ensemble de ces signes se rapportait à une coxalgie non suppurée, et je crois que la plupart d'entre vous auraient été du même avis. Cependant, si on veut ne comprendre sous le nom de coxalgie que les diverses altérations pathologiques portant sur les parties constituantes ou voisines de l'articulation, on pourrait peut-être commettre sinon une erreur de diagnostic, du moins une erreur de classification.

Voici le fait. Le 8 novembre 1871, on amenait dans mon service une petite fille de six ans et demi, présentant l'aspect d'un enfant aussi affaibli par les privations que par la maladie; on nous dit qu'elle avait été trouvée abandonnée, et pour l'instant, il nous fut

impossible d'avoir aucun renseignement sur l'époque à laquelle pouvait avoir débuté une coxalgie du côté droit dont elle paraissait atteinte. Il nous fut aussi impossible d'avoir aucune réponse sur les antécédents de nature à éclairer le diagnostic.

Plus préoccupé d'améliorer la santé générale de l'enfant que de chercher à rétablir dans une position normale la cuisse qui était dans une de ces attitudes vicieuses si communes dans certaines formes de coxalgie, je ne cherchai point à rétablir les mouvements, ou à étendre le membre, qui était fortement fléchi sur le bassin, et, n'ayant constaté aucune collection purulente, j'attendis que l'état général de l'enfant se fût modifié pour m'occuper de l'articulation, son examen provoquant pour le moment des douleurs assez vives. Je me bornai à un traitement général, et après avoir constaté l'attitude vicieuse de la cuisse droite, ainsi que l'impossibilité de l'étendre ou de la porter dans l'abduction, je m'arrêtai à l'idée qu'il s'agissait d'une coxalgie non suppurée remontant à une époque assez éloignée. Plus tard, dans les derniers jours qui précédèrent la mort de l'enfant, nous avons appris par le père que la maladie remontait à six mois et qu'elle boitait avant cette époque.

Les choses en étaient là lorsque, dans les derniers jours de novembre, probablement à la suite d'une rougeole, dont l'éruption ne se fit pas régulièrement, il survint une broncho-pneumonie double, à laquelle l'enfant succomba.

A l'autopsie, faite avec beaucoup de soin par M. Bouilly, nous fûmes très-surpris de voir que l'articulation coxo-fémorale droite paraissait exempte de toute altération ; le ligament rond était intact, ainsi que les surfaces cartilagineuses, et il n'y avait pas de traces d'épanchement dans la capsule ; mais, en examinant avec soin l'intérieur du bassin, M. Bouilly trouva le muscle obturateur interne soulevé par une petite tumeur du volume de la moitié d'un œuf et formée par une collection de pus en partie concret, de la même nature que celui que l'on trouve dans les abcès consécutifs à la carie du corps des vertèbres.

Après avoir nettoyé ce foyer, il fut facile de voir qu'au niveau de la face interne du bassin correspondant au fond de la cavité cotyloïde, non-seulement le périoste était détruit, mais la substance osseuse était le siége bien manifeste d'une ostéite déjà très-avancée ; et, d'après cette pièce, je ne doute pas que si l'enfant eût vécu, l'affection eût détruit la paroi osseuse qui la sépare de l'articulation. Mais avant de faire d'autres recherches sur l'étendue et le siége véritable de l'altération osseuse, je crois devoir dire que je

suis encore tenté de rattacher cette affection à une coxalgie, bien que la cavité articulaire, au premier abord, nous semble saine.

M. GIRALDÈS. Les mots ont une signification qu'il faut conserver ; on entend par coxalgie une affection de l'articulation de la hanche, débutant par les os ou par la synoviale. Si une ostéite du bassin cause plus tard une coxalgie, on dit qu'il y a coxalgie consécutive. Si l'enfant avait été observé à l'aide du chloroforme, on aurait pu certainement voir que l'attitude du membre était due à la rétraction musculaire causée par l'ostéite du bassin, c'est-à-dire par une influence de voisinage. En somme, je ne pense pas que mon excellent confrère M. Marjolin doive appeler cette lésion une coxalgie.

M. MARJOLIN. J'ai présenté ce fait-là comme rare. C'est une phase de l'attitude vicieuse qu'on observe dans la coxalgie prise sur le fait ; ce n'était pas encore une coxalgie ; mais cela aurait pu le devenir, et je me demande, si l'enfant avait vécu, ce qui serait advenu si, croyant à une coxalgie, on avait redressé le membre de force, ou si on avait tenté une résection.

M. GIRALDÈS. Toutes ces prévisions, que rien ne justifie d'une manière certaine, ne prouvent pas qu'il y aurait eu plus tard une coxalgie.

M. TILLAUX demande s'il y avait une douleur de genou, et si M. Marjolin a trouvé du liquide dans l'articulation de la hanche.

Sur la réponse négative de M. Marjolin, il ajoute :

L'absence de liquide dans l'articulation est importante, parce que, d'après les expériences de M. Parise, de Lille, expériences que j'ai répétées, l'attitude vicieuse des membres dans les coxalgies, au début, semblait due à la présence d'un épanchement dans l'articulation coxo-fémorale.

M. MARJOLIN. La douleur de genou, que M. Tillaux regarde comme un signe constant de coxalgie, manque assez souvent, et même, quand elle existe, elle peut être parfois l'indice d'une arthrite du genou commençante.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire* ; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; — Le *Bulletin médical du Nord de la France*, décembre 1871.

— Une lettre de M. Desormeaux qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— Le tome XIe du *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, année 1870, est distribué aux membres de la Société.

M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, annonce qu'il a examiné avec soin la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance ; qu'il a constaté une lésion du fond de la cavité cotyloïde, et qu'il maintient le titre qu'il a donné à son observation dans la précédente séance.

COMMUNICATIONS

Statistique des opérations. — M. LE FORT. Nous avions, il y a deux ans, provoqué la réunion des statistiques des chirurgiens français pour établir une grande statistique analogue à celle qui a été publiée à Londres. Les documents sont trop peu nombreux pour faire quelque chose. Je propose de renouveler l'appel que nous avons fait à nos confrères qui, pendant cette guerre, ont eu des opérations à pratiquer.

M. PERRIN. Je suis tout à fait de l'avis de notre collègue, et je pense que nous devons donner l'exemple en produisant ici chacun nos propres statistiques.

M. DESPRÉS. Je partage aussi l'avis de notre collègue, et je prends la parole pour dire qu'il y a un moyen de compléter nos statistiques. La Société de secours aux blessés possède 30 à 40,000 fiches de

blessés qui ont passé dans nos mains et ont été suivis dans les hôpitaux de province, grâce à ce que beaucoup de chirurgiens de province s'étaient rattachés à la Société de secours aux blessés. Il y a là des documents précieux, et nous pourrons savoir, chose indispensable, ce que sont devenus nos opérés.

(La Société décide que les membres de la Société apporteront chacun sa statistique.)

M. A. HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant, adresse la note suivante, lue par M. Guyon :

LECTURES

Nouveau procédé de suture métallique empennée. — Il n'est peut-être pas de chirurgien qui, au moment d'une opération nécessitant une suture de cette espèce, n'ait éprouvé, sinon l'embarras, du moins l'ennui de pourvoir au moyen de fixer solidement les extrémités des fils. La plupart des moyens employés jusqu'ici exigent que l'on prépare de petits appareils, qui ne remplissent pas toujours complétement le but que l'on se propose; et d'un autre côté, quand, après l'opération, le gonflement inflammatoire nécessite que l'on diminue la tension des fils, ces derniers, qui presque toujours ont été étroitement tordus entre eux, se prêtent mal au relâchement.

C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Bœckel a imaginé les petits étaux à l'aide desquels il peut fixer les fils et les relâcher à volonté; mais son appareil est un peu compliqué, et, n'ayant pas eu l'occasion de l'employer, je ne sais s'il maintient le fil avec une solidité suffisante.

Avant d'avoir eu connaissance de l'étau de M. Bœckel, j'avais imaginé le petit appareil que j'adresse aujourd'hui à la Société, et qui a le mérite de la simplicité. Il consiste en un bouton d'une forme ovalaire et percé au centre d'un trou destiné à faire passer le fil. La tête du bouton, arrondie, est la partie qui s'applique sur les tissus; la base est aplatie et séparée de la tête par une rainure ou gorge circulaire dans laquelle devra s'enrouler le fil; enfin, du côté de la base, existe une étroite rainure perpendiculaire au grand axe, pratiquée au niveau du trou dont le bouton est percé, et qui, en profondeur, atteint le niveau de la gorge circulaire. La simple vue du bouton permet, mieux que toutes les descriptions, d'en comprendre de suite le mécanisme.

Avec cet appareil, rien n'est plus facile que de fixer les extré-

mités d'un fil métallique. Le bout du fil ayant été passé dans le trou du bouton, celui-ci est poussé contre les tissus jusqu'au degré qui paraît nécessaire, puis le fil est couché dans la rainure transversale et enroulé dans la gorge circulaire. Trois ou quatre tours complets suffisent pour le fixer très-solidement; mais pour plus de sécurité, il faut l'engager une seconde fois dans la rainure transversale et terminer par de nouveaux tours circulaires. Quand il est ainsi placé, le fil métallique défie les tractions les plus fortes, et l'on peut s'assurer qu'il est plus facile de le rompre que de le voir se dégager du bouton.

Si, quelque temps après l'opération, il devient nécessaire de relâcher le fil, rien n'est plus simple : on déroule l'une de ses extrémités et on la fixe de nouveau avec le degré de pression que l'on désire exercer sur les lèvres de la plaie.

Quand on veut répartir la pression sur une surface un peu large, on peut, ainsi que je l'ai fait quelquefois, interposer entre les boutons et les tissus des disques en liége ou en caoutchouc, d'une forme ronde ou ovalaire; chaque disque, percé d'un trou, laisse passer le fil métallique, qui est fixé à l'aide d'un bouton, comme je l'ai dit tout à l'heure.

Ce petit appareil est applicable à tous les cas où la suture enchevillée est généralement employée, tels que : l'ovariotomie, l'opération césarienne, la périnéorrhaphie, etc..., et ses avantages peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le chirurgien a constamment à sa disposition un moyen simple de fixer les fils métalliques dans la suture enchevillée;

2° Tous les points de suture sont indépendants, ce qui permet de serrer chacun d'eux au degré nécessaire et de donner à la suture la direction et la courbure que l'on juge le plus convenables. Ce mode de fixation est si solide que, dans quelques circonstances, on peut se borner à un seul point de suture profonde;

3° On peut resserrer ou relâcher, avec la plus grande facilité, soit immédiatement, soit plus tard, un ou plusieurs des points de la suture;

4° La simplicité de l'appareil permet de le faire fabriquer partout.

Ces boutons peuvent être faits en acier ou en cuivre doré, en aluminium, en ivoire, etc.... Ces derniers ont l'avantage d'être d'une fabrication très-facile, et un lavage soigneux les débarrasse, tout aussi aisément que les boutons métalliques, des matières organiques qui peuvent s'y être attachées.

M. DESPRÉS. Je désire faire devant nos collègues la remarque que M. Duboué (de Pau) a présenté ici un nouveau mode de suture métallique arrêté par de petits cônes de buis, tout à fait analogues, pour le mode d'application et pour le but à atteindre, aux boutons d'os qui nous sont présentés par M. Heurtaux.

Fracture comminutive de la jambe; — résection; — suture des fragments; — guérison sans claudication; — allongement des os. — M. LETENNEUR (de Nantes), membre correspondant, envoie à la Société le travail suivant :

Dans les fractures comminutives des membres, diverses conditions aggravent singulièrement la situation du blessé, amènent des accidents mortels ou conduisent à l'amputation. Je signalerai d'abord la mobilité et l'irréductibilité des fragments, les esquilles mobiles irritant les parties molles au milieu desquelles elles enfoncent leurs pointes acérées ; enfin le séjour du pus dans une plaie anfractueuse, d'où résultent des décollements, des fusées purulentes, l'ostéomyélite, et, par suite, l'infection purulente.

Les indications qui ressortent des faits que je viens de résumer sont faciles à saisir : extraire les esquilles mobiles; reséquer les angles trop aigus ; immobiliser les fragments par des moyens directs dont le plus simple est la suture au moyen d'un fil d'argent; faire des débridements; multiplier les contre-ouvertures; et, enfin, soumettre les plaies à des irrigations fréquentes avec un liquide désinfectant.

Grâce à ces moyens, j'ai pu souvent conserver des membres qui semblaient devoir être sacrifiés, et, lorsque les malades sont jeunes, c'est-à-dire lorsque le travail d'ossification n'est pas complet, on arrive à des résultats qui étonnent. Lorsqu'on a soin de conserver le périoste en enlevant les esquilles, ou en pratiquant la résection des fragments, il se fait un travail de réparation qui, ajouté à la suractivité de l'ossification entre la diaphyse et les épiphyses, rend au membre sa longueur primitive. On voit ainsi des malades guérir sans claudication, après avoir perdu 6 ou 7 centimètres du tibia.

Parmi les faits que je pourrais citer à l'appui de ce qui précède, j'en choisis un qui, par le nombre et la gravité des lésions, et par les complications qu'il a fallu combattre, prouve ce que peut donner quelquefois la chirurgie conservatrice avec un traitement rationnel et des soins persévérants.

C.. Jean-Marie, âgé de 18 ans, ouvrier à l'usine de briquettes

de Blanzy, à Nantes, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle de clinique, le 10 juillet 1868.

Ce jeune homme avait imprudemment placé la main sur une courroie qui s'enroulait autour d'une poulie folle; la main fut saisie ainsi que les vêtements, et le corps, lancé violemment en l'air, retomba à plusieurs mètres de distance.

Les vêtements étaient déchirés et souillés par du sang. Le blessé, malgré la secousse qu'il venait d'éprouver, ne perdit pas entièrement connaissance. On le transporta immédiatement à l'hôpital. Le brai et la poussière de charbon, avec lesquels il était toujours en contact, avaient formé sur toute sa peau un couche adhérente du plus beau noir.

Nous constatons les lésions suivantes :

1° Une fracture du col chirurgical de l'humérus gauche;

2° Une large plaie contuse occupant presque tout le côté droit de la région dorsale et intéressant les muscles;

3° Une fracture comminutive de la jambe droite avec plaie et issue de fragments osseux.

Il est remarquable que la main qui a été prise entre la poulie et la courroie ne porte aucune trace de plaie ou de fracture.

La plaie de la jambe est remplie d'une sorte de cambouis formé d'un mélange de charbon, de sang et de débris musculaires. Des esquilles nombreuses et mobiles, mais adhérentes en partie, existent dans cette plaie; plusieurs sont longues de quelques centimètres et placées obliquement ou en travers entre les principaux fragments.

Après avoir fait autant que possible la toilette de la plaie, je plaçai la jambe dans une gouttière, en faisant sûr le pied une traction modérée dans le but d'empêcher la saillie des os à l'extérieur.

L'artère tibiale antérieure était probablement déchirée, car on ne sentait pas les battements de la pédieuse. La tibiale postérieure, au contraire, était intacte, ce qui me décida, en présence de la jeunesse et de l'énergie du malade, à ne pas faire l'amputation immédiate.

Pour modérer les accidents inflammatoires, je soumis la jambe à une irrigation continue, en ayant soin, comme je le fais habituellement, d'ajouter une certaine quantité d'alcool camphré et de chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque.

L'irrigation fut continuée pendant une semaine; après ce temps, on pansa la plaie avec de la charpie, qu'on humecta plusieurs fois par jour avec l'alcool camphré et la liqueur de Labarraque étendus d'eau.

L'état général du blessé était satisfaisant; la fièvre fut modérée et l'appétit se conserva; je résolus, en conséquence, de tenter la conservation de la jambe.

La plaie du dos était pansée avec un linge cératé, recouvert par une couche épaisse d'ouate.

Le bras, qu'on avait maintenu dans une écharpe pendant une dizaine de jours, fut alors pansé solidement, au moyen d'un bandage inamovible, au silicate de potasse. Ce bandage coiffait complétement l'épaule et soutenait en même temps l'avant-bras, placé dans la flexion. De cette façon, les deux fragments étaient immobilisés.

Sitôt que la suppuration fut établie, on fit matin et soir des injections dans la plaie, de manière à en laver toutes les anfractuosités.

Bientôt les bourgeons charnus se montrèrent, et le magma noir qui masquait l'état des parties se détacha. Mais, en même temps, des fusées purulentes m'obligèrent à plusieurs reprises à pratiquer des contre-ouvertures, ce qui permit de faire les injections d'une manière plus utile et plus complète. Pendant ce temps, les lésions osseuses devenaient plus faciles à constater.

Les fragments supérieur et inférieur du tibia, dénudés dans une grande étendue, présentaient l'un et l'autre d'énormes dentelures. Entre eux et à côté d'eux, des esquilles plus ou moins mobiles, dans les positions les plus variées, s'enfonçaient dans les muscles et causaient de vives douleurs. J'en enlevai successivement un grand nombre, en décollant avec soin le périoste. Ainsi que je l'ai dit plus haut, quelques-unes avaient plusieurs centimètres de longueur. Toutes n'appartenaient pas au tibia; il fut facile de reconnaître celles qui s'étaient détachées du péroné. Ce déblaiement fut très-laborieux, mais ne put être complet. En réunissant tous les débris osseux que j'avais extraits, il était facile de conclure que le squelette de la jambe subissait une diminution de longueur qu'on ne pouvait pas estimer à moins de 3 ou 4 centimètres. D'un autre côté, il était évident que les fragments supérieur et inférieur, largement dénudés et baignés constamment par le pus, se nécroseraient et augmenteraient de 5 à 6 centimètres encore la diminution subie par la diaphyse du tibia.

Pour éviter ce fâcheux résultat, il fallait surveiller et diriger le travail de réparation, afin que le cal comblât autant que possible le vide formé par les portions d'os déjà extraites ou dont l'élimination était inévitable.

Le fragment supérieur du tibia tendait toujours à faire saillie en dehors, tandis que le fragment inférieur, placé profondément, glis-

sait derrière le premier, en produisant un chevauchement considérable.

La réduction pouvait être obtenue, mais ne se maintenait pas. J'eus recours à la pointe de Malgaigne, qui semblait devoir donner les meilleurs résultats. Cependant, après quelques heures, nous constations toujours que l'instrument avait glissé et s'enfonçait dans les chairs. En faisant sur l'os une petite cavité pour y loger plus solidement l'extrémité de la pointe, je ne l'empêchai point de glisser, ce qui la rendait, en définitive, plus nuisible qu'utile.

C'est alors que j'eus recours à la suture des fragments, après les avoir reséqués. Je me servis d'un drille d'horloger pour perforer les os; un fil d'argent, assez volumineux pour remplir les ouvertures faites par le foret, fut tordu et serré convenablement.

Les fragments furent ainsi fixés assez solidement pour former au milieu du membre une attelle intérieure, autour de laquelle le cal pourrait désormais se former sans que les mouvements pussent détruire ce travail de reconstruction.

Cette opération fut pratiquée le vingtième jour après l'accident. L'immobilisation des os par la suture eut un effet immédiat sur l'aspect des plaies; la suppuration diminua, le pus se montra de meilleure nature, et les bourgeons charnus, fermes et roses, annoncèrent une tendance manifeste à la cicatrisation. A ce moment, le raccourcissement de la jambe était de 7 centimètres.

Nous assistâmes alors à la formation du cal. Pendant que l'œdème inflammatoire disparaissait de jour en jour, il se forma au niveau de la fracture un gonflement considérable, mais bien circonscrit. C'était une masse spongieuse, dure, sur laquelle la pression du doigt détermina au bout de très-peu de jours des craquements indiquant d'une manière évidente la rupture de trabécules osseuses.

Cette tumeur prenant des proportions inaccoutumées et se formant autour de fragments et d'esquilles privés de vie, je craignis un de ces cals exubérants creusés de cavités suppurantes et constituant une véritable maladie interminable.

Pour éviter ce danger, j'exerçai sur cette partie de la jambe une douce compression au moyen de bandelettes à fractures imbibées d'alcool camphré, en ayant soin de laisser un libre écoulement au pus. La tumeur se condensa et se réduisit d'une manière sensible.

A partir de ce moment, tout se passe avec une grande simplicité. Les plaies se cicatrisent, excepté la plaie qui correspond à la suture osseuse, qui diminue cependant beaucoup d'étendue.

Au mois d'octobre, le cal avait acquis une certaine solidité, indépendamment du soutien que lui donnait la suture osseuse. Deux petits abcès fistuleux se forment aux environs du cal et correspondent à des esquilles nécrosées.

La direction de la jambe est excellente; la mensuration donne 4 centimètres de raccourcissement. Depuis la fin de juillet, c'est-à-dire dans l'espace de moins de trois mois, la jambe s'est donc allongée de 3 centimètres. Cet allongement n'a pu se faire au niveau du cal, puisque la suture métallique est encore en place et que les fragments correspondants ne sont pas encore détachés.

Le 1er décembre, extraction de deux esquilles, dont l'une a 3 centimètres et demi de long et était placée en travers, sous les fragments.

Enfin, au mois de février, les fragments, unis par la suture, sont mobiles; on les retire. Ils ont ensemble une longueur de 11 centimètres.

La ligne d'élimination est très-irrégulière, et les deux fragments portent, à cet endroit, de longues dentelures. Vers la face profonde du tibia, la nécrose a été moins étendue qu'en avant. Le cal est très-solide, mais on ne permet pas encore au malade de marcher.

Il est remarquable que la suture osseuse faite chez mon malade sur des os dépouillés de leur périoste, c'est-à-dire déjà frappés de mort, n'a produit aucune usure, et que les ouvertures faites par le foret ont exactement les mêmes dimensions que le premier jour. Cela prouve, ainsi que l'a fait observer M. Bérenger-Féraud et que je l'ai fait observer moi-même, que lorsque les fils métalliques coupent peu à peu le tissu osseux compris dans l'anse de la suture, c'est par l'effet d'une action vitale et non par usure mécanique. J'ai pu, dans diverses circonstances, constater ce fait, qui me paraît désormais parfaitement démontré.

Mon malade resta encore plusieurs mois à l'hôpital, en sortit pour y rentrer de nouveau et venir se faire extraire de petites esquilles, dont la présence entretenait de petites fistules et donnait lieu parfois à du gonflement douloureux de la jambe.

En somme, il resta une année à l'hôpital avant d'être complétement guéri. Quand il put reprendre son travail, le raccourcissement de la jambe n'était plus que de 2 centimètres et demi. Depuis ce temps, le raccourcissement du membre a encore diminué. Il n'y a plus de claudication, et le jeune blessé a repris, sans en être fatigué, ses anciennes occupations.

La guérison d'une fracture aussi grave est sans doute un fait digne d'attention; elle doit être attribuée aux différents moyens mis en usage : débridements, lavages désinfectants, et surtout l'immobilisation des fragments par la suture.

Lorsqu'il existe une plaie qui permet d'arriver directement sur les os, la suture a une incontestable supériorité sur les autres moyens de contention immédiate : pointe de Malgaigne, ligature des fragments, etc.

Mais le point sur lequel j'appelle particulièrement l'attention, c'est l'allongement des os, qui a été assez considérable pour effacer les conséquences d'une perte de substance de 7 centimètres. Je ne parle pas des séquestres tombés en dernier lieu et qui avaient une longueur totale de 11 centimètres. A ce moment, le cal était solide, et sa longueur n'a pas été modifiée d'une manière sensible. Ce travail d'allongement s'est donc fait aux extrémités.

C'est le 5 juin 1854 que notre collègue M. Baizeau, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital du Dey, à Alger, a communiqué à l'Académie des sciences un mémoire où, pour la première fois, ce phénomène de physiologie pathologique était signalé. La clinique et l'expérimentation sur les animaux permirent à M. Baizeau de formuler en quelque sorte les lois qui président à l'allongement des os dans certains cas pathologiques déterminés.

Depuis ce temps, les travaux d'Ollier et les observations de la plupart des autres chirurgiens français ont confirmé les idées de M. Baizeau, qui sont désormais devenues classiques.

C'est donc avec un sentiment de tristesse que je rappelle ici la communication faite, en 1869, par Langenbeck, à la Société de médecine de Berlin. Je n'ai point oublié le douloureux étonnement que j'éprouvai en lisant alors, dans un journal aussi estimable que l'*Union médicale*, une note à la louange du chirurgien allemand (*Union médicale*, 14 septembre 1869). On y annonce la lecture que vient de faire Langenbeck sur *l'allongement pathologique des os, observation clinique* NON ENCORE FAITE.

Le compte rendu de la communication du chirurgien de Berlin ressemble beaucoup à un résumé du mémoire présenté en 1854 à l'Académie des sciences par M. Baizeau. Je passe sous silence certaines additions qui constituent des erreurs ou tout au moins des interprétations inexactes. Je citerai, par exemple, la *diminution de volume des épiphyses* pendant que les diaphyses augmentent en longueur et en épaisseur.

Le compte rendu de l'*Union médicale* a donc pu autoriser les

Allemands à répéter ce qu'ils disent volontiers : c'est que nous ignorons ou que nous oublions beaucoup de choses, même celles qui se font dans notre pays.

Quant à nous, qui savons que les Allemands tiennent par dessus tout à ne pas être accusés d'ignorance, nous nous garderons bien de leur retourner l'accusation portée contre nous ; mais nous demanderons comment des travaux produits au grand jour des sociétés savantes nous reviennent d'Allemagne sous d'autres noms.

M. Langenbeck semble avoir choisi M. Baizeau comme une victime de prédilection. On se souvient que notre collègue présenta, en 1858, à la Société de chirurgie, son premier malade opéré avec succès de palatoplastie par un procédé dont l'excellence n'a plus besoin d'être démontrée. On sait aussi que, dix-huit mois après, M. Langenbeck a inventé le même procédé.

Souhaitons bien vivement qu'on ne puisse plus dire que le culte désintéressé voué par les médecins français aux œuvres des étrangers, les empêche de voir et d'apprécier ce qui se fait à côté d'eux.

Reconnaissons cependant que l'excès de straniérisme a déjà produit une heureuse réaction ; et constatons en particulier que les travaux utiles publiés chaque jour dans les journaux scientifiques de province semblent ne plus devoir être condamnés à un décourageant oubli.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LANNELONGUE présente deux pièces avec les observations :

1° *Polype naso-pharyngien, hémorrhagie, ligature de la carotide externe. Caillot régulièrement formé. — Atrophie du nerf grand hypoglosse. — Mort par épuisement.*

2° *Adénite, extirpation des ganglions profonds du cou. — Ulcération de la jugulaire interne consécutive à la dénudation des vaisseaux. — Ligature des deux bouts. — Mort dans la journée.* (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection des membres devant composer la commission du prix Laborie.

Sont élus : MM. Saint-Germain, Dolbeau, Giraud-Teulon, Duplay et Guéniot.

La Société procède à l'élection des membres devant composer la commission du prix Duval.

Sont élus : MM. Panas, Tillaux, Sée, Guyon et Houel.

Le Société décide qu'il y a lieu d'élire, cette année, trois membres correspondants nationaux.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin de la Société des sciences médicales de Gannat (Allier)*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. — L'*Art dentaire*. — *Transactions of the pathological Society of London*. (Volume 22.)

— Un questionnaire avec réponses, intitulé : *Questions sur les actes de la Société nationale anglaise pour les malades et les blessés pendant la guerre franco-allemande*. Londres, 1871 (en anglais).

— *Rapport de la Société nationale anglaise sur les opérations pratiquées par ses membres pendant la guerre franco-allemande*, avec cartes. Londres, 1871 (en anglais).

— M. LARREY dépose sur le bureau une circulaire des membres

du comité de reconstitution de la bibliothèque du Louvre; dans cette circulaire on demande, pour la reconstruction de cette bibliothèque, les exemplaires de livres dont la Société de chirurgie pourrait disposer.

— De la part de M. le docteur Molinier, un mémoire intitulé : *Plaies de tête par arme à feu; trépanation.*

— Le rapport de M. le docteur Chenu, directeur général des ambulances de la Société française de secours aux blessés militaires.

— M. PANAS dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur Bousseau (de Chollet, Bretagne). Ce mémoire contient le résumé statistique de toutes les opérations pratiquées par M. le docteur Bousseau. (Renvoi à la commission de statistique.)

LECTURE

Abcès froid de la région mammaire. — M. HORTELOUP lit l'observation suivante :

Abcès par congestion dépendant d'une lésion sternale ayant envahi la région mammaire. — Extirpation. — Guérison.

Le 30 octobre 1871, Marie L..., âgée de 34 ans, entrait à la salle Sainte-Madeleine, 15, hôpital Saint-Antoine, pour une volumineuse tumeur de la mamelle droite.

Au premier abord, on croirait avoir devant les yeux une mamelle normale hypertrophiée; la peau blanche, rosée, ne présente aucun signe particulier; le mamelon n'est nullement déformé; il n'y a aucune saillie, aucune bosselure appelant l'attention. On peut soulever cette mamelle, qui repose sur les dernières côtes, et en mesurer la circonférence au niveau du sillon formé par la poitrine et la mamelle ; on trouve 52 centimètres.

Cependant une disposition particulière prouve que l'on n'a pas affaire à une hypertrophie simple; c'est qu'il existe un prolongement arrondi, conique, qui va en diminuant jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Pour bien juger du volume de ce sein, il faut le comparer avec celui du côté opposé, flasque, pendant, réduit à un double feuillet cutané dans lequel on sent les glandes mammaires.

La palpation ne fait découvrir aucun point dur et solide; la con-

sistance éloigne l'idée d'une tumeur solide, et fait de suite penser à une collection liquide. En effet, on perçoit facilement une fluctuation des plus manifestes, dans quelque sens que l'on fasse des recherches.

En saisissant à pleine main la base de la mamelle, on fait refluer du liquide jusque dans la partie supérieure de la poche.

L'examen à la lumière ne fait reconnaître aucune transparence.

A quelle espèce de collection liquide avions-nous affaire? La malade fait remonter le début de son mal à sept ans ; à cette époque, elle commença à souffrir à la partie supérieure droite du sternum, et elle vit survenir du gonflement dans cette région.

Elle consulta M. Velpeau, qui lui fit appliquer un cautère au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire. Ce cautère, dont on voit encore la cicatrice, guérit au bout de quelques semaines, mais n'enraya aucunement la maladie ; le point douloureux persista, la tuméfaction devint grosse comme une noix ; chaque année elle descendait de quelques centimètres en s'évasant ; enfin, il y a deux ans, elle vint se loger dans la mamelle, où elle put s'étaler sans difficulté.

En rapprochant les symptômes fournis par l'examen et la marche de la maladie si nettement indiquée par cette femme, je portai le diagnostic d'un abcès par congestion ayant pour point de départ la région sterno-claviculaire droite.

La poche de l'abcès était manifestement située entre la peau et le grand pectoral ; la peau, que l'on pouvait pincer, est excessivement fine ; elle glisse sur la poche, que l'on croit voir à travers l'enveloppe cutanée.

En recherchant où était située la glande mammaire, on la retrouve à la partie inférieure et postérieure ; là, les doigts font constater une résistance mollasse qui est tout à fait semblable à celle que donne la palpation du sein du côté opposé.

La malade a toujours été bien portante ; elle a eu sept enfants, dont un seul a survécu. Elle n'a jamais eu de douleurs vives dans la région malade, mais quelquefois dans le bras. Elle a eu un enfant depuis que le mal a débuté, et elle est encore bien réglée. Elle ne souffre pas, mais tous les mouvements sont devenus difficiles. Le poids lui interdit tout travail ; aussi désire-t-elle vivement être débarrassée de sa tumeur.

Par quel procédé pourrait-on obtenir la guérison de cet énorme abcès ?

Sans vouloir entrer dans une discussion sur tous les modes de

traitement qui ont été préconisés et qui ont donné de bons résultats, je dois faire remarquer que ma malade se trouvait dans des circonstances particulières qui devaient en faire échouer un grand nombre.

Ainsi il était difficile d'espérer la rétraction d'une poche dure, fibreuse, située superficiellement, isolée de toute espèce de tissus capables d'aider à son retrait.

Sa dimension pouvait faire redouter de terribles accidents inflammatoires, qui avaient de grandes chances pour se terminer par des accidents d'infection purulente, comme on le voit si souvent à la suite des ouvertures d'abcès par congestion.

L'état particulier de la poche, la distension de la peau, interdisaient de songer à vider le kyste avec un gros trocart; car il est plus que probable que l'ouverture serait restée fistuleuse.

Quel que soit le procédé employé, en admettant que la malade ait pu éviter les accidents septicémiques, je ne pouvais penser obtenir la guérison sans qu'il se produisît une longue suppuration qui aurait certainement épuisé la malade. En outre, si on pouvait espérer l'oblitération de la poche, pouvait-on penser guérir le point de départ de la maladie, c'est-à-dire la lésion osseuse sur laquelle il aurait été difficile d'agir ?

Ce furent ces différentes raisons et la situation sous-cutanée de la poche qui me firent penser que l'on pourrait tenter avec succès l'extirpation de ce kyste, une *véritable ovariotomie.*

Le 6 novembre, la malade était soumise au chloroforme. Je fis, à la partie supérieure, un peu au-dessous de la cicatrice du cautère, une incision de 5 centimètres, qui me fit mettre à nu une poche blanche et nacrée ; avec mon doigt et le manche de mon bistouri, je pus décoller facilement la peau dans une assez grande étendue. Craignant qu'il n'en fût pas de même partout, je fis, à la partie inférieure, à 5 centimètres en dedans du mamelon, une nouvelle incision qui me donna le même résultat. Je pus décoller toute la peau qui recouvrait la partie antérieure ; mais il m'aurait été difficile de continuer avec ces deux seules ouvertures ; aussi les réunis-je, et j'obtins ainsi une incision ayant plus de 20 centimètres. Je terminai le décollement de toute la peau sur les parties latérales. Je détachai la poche de la glande mammaire, puis, la faisant relever, je la détachai du grand pectoral.

Ce temps de l'opération fut long, mais il ne présenta aucune difficulté ; quelques artérioles durent être liées, mais la malade perdit peu de sang.

Au niveau du troisième espace intercostal, les faisceaux du grand pectoral étaient séparés et le kyste adhérait avec l'aponévrose intercostale ; ces adhérences furent facilement détruites.

A 2 centimètres de l'extrémité interne de la clavicule, la dissection ne fut plus possible, on reconnaissait que l'on était arrivé à la limite de la poche. J'ouvris le sac, qui s'était déjà vidé en partie par une rupture faite en décollant la partie inférieure ; il s'écoula près de deux litres de pus semblable à celui des abcès froids, dans lequel on retrouva deux parcelles d'os.

Le kyste traversait les fibres du grand pectoral ; j'excisai avec des ciseaux toute la poche, j'introduisis mon doigt dans le trajet formé par le grand pectoral, et je pus constater que le bord dn sternum entre la première et la seconde côte était dénudé ; j'y portai deux cautères actuels, que j'y éteignis.

Pour éviter que le pus ne s'accumulât dans cette vaste cavité, je fis à la partie la plus déclive une contre-ouverture.

Cette vaste cavité fut bourrée de coton, et j'établis le pansement compressif ouaté de M. Guérin.

Dans les quatre jours qui suivirent l'opération, la malade présenta des accidents nerveux, maux de tête, douleurs intercostales ; la parole est brève, il y a eu de nombreux vomissements, mais cependant la langue est bonne et le pouls régulier et sans fréquence.

11 novembre. Le pansement étant souillé de pus, l'appareil est défait. Il n'y a presque pas de gonflement ; les tissus sont frais et roses.

Le lendemain, la malade est très-bien ; elle a passé une excellente journée, elle n'a pas vomi. Même pansement.

Le 20 novembre, la plaie a notablement diminué de volume ; on ne met plus de charpie dans la plaie ; compression modérée. Bon appétit ; pas de fièvre.

25 novembre. La contre-ouverture qui a été faite à la partie la plus inférieure est aujourd'hui remontée au niveau du bord axillaire. La peau du sein est rétractée et foncée. La plaie est rose, fraîche. État général très-bon.

1er décembre. Toute la partie profonde est déjà guérie. Le trajet qui conduisait à la lésion osseuse est fermé ; il ne s'écoule plus de pus. L'incision est réduite à 12 centimètres. La malade se lève deux heures par jour.

10 décembre. Le tube à drainage est enlevé ; l'incision diminue tous les jours.

19 décembre. La malade se lève toute la journée ; le recollement

de toute la peau est complet, il ne reste plus qu'une plaie plate, longue de 8 centimètres et large de 2 à 3, qui ne tardera pas à se cicatriser.

Cette observation m'a paru très-intéressante à être communiquée à la Société pour plusieurs raisons. Le siége de la poche est très-exceptionnel; car les abcès venus d'une lésion sternale se développent soit sous le grand pectoral, soit sous sa gaîne. Celui-ci a traversé les fibres du grand pectoral pour venir se loger sous la peau. De plus, il a repoussé en bas la glande mammaire, au lieu de la repousser en dehors, ce qui est le plus fréquent.

Enfin le procédé opératoire, un peu en dehors des modes de traitement accoutumés, m'a paru utile à être soumis à votre appréciation; car, pour penser à pratiquer une opération aussi radicale, il a fallu être dans des conditions exceptionnelles qui auraient, j'en ai la conviction profonde, fait échouer tous les autres procédés.

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. Je ne saisis pas pourquoi M. Horteloup dit que l'abcès venait du sternum, et était passé entre le grand pectoral et la peau. Lorsque des abcès par congestion venus du sternum prennent de l'accroissement, c'est dans la gaîne du grand pectoral qu'ils se développent, et, avant d'arriver sous la peau, ils rencontrent l'aponévrose, qui les arrête.

M. HORTELOUP. Le mal durait depuis sept ans; il avait débuté sur le sternum, et Velpeau avait fait mettre en ce point un cautère. La tumeur s'était développée de haut en bas. En disséquant la tumeur, j'ai trouvé les fibres du grand pectoral traversées par le kyste purulent.

M. CHASSAIGNAC. M. Horteloup a eu un succès, mais il avait bien des chances contre lui; car il a fait une plaie énorme et s'exposait à des fusées purulentes. Je ne veux pas insister sur le drainage, mais je pense qu'il eût pu être utile dans un cas pareil. Je ne crois pas non plus que, si l'abcès avait réellement pour origine une lésion osseuse, la fistule qu'a constatée M. Horteloup ait pu être guérie radicalement par une cautérisation.

M. FORGET demande en quel point l'os était malade.

M. HORTELOUP. Je pense que c'était une partie limitée du ster-

num. Je ne suis pas d'avis que le drainage eût été bon; car l'ouverture des kystes purulents est grave, même lorsque l'on emploie le drainage, et c'est après avoir pesé les chances d'inflammation que je me suis décidé à pratiquer l'ablation, espérant qu'il y aurait moins de gravité à faire une opération qui, en résumé, n'est pas plus grave que l'amputation du sein, plutôt que d'exposer la malade aux chances d'absorption des produits putrides dans un abcès froid ouvert.

M. LARREY. Les abcès par congestion de la poitrine dus à des altérations des côtes sont moins graves que les autres abcès par congestion. Leur traitement est plus facile et on en obtient souvent la guérison. Ils sont fréquents chez les soldats et ont souvent pour cause un traumatisme. Au Val-de-Grâce, ils sont fréquents, et j'en ai vu plusieurs dans une seule année. Burdy, un de nos chirurgiens-majors, tué à Gravelotte, avait fait une excellente thèse sur les ostéites du sternum où ces faits sont relatés.

Dans un cas analogue à celui qui nous est présenté, j'ai fait une incision et j'ai comprimé. Le malade a guéri.

M. DEMARQUAY. Il ne faudrait pas laisser passer sans réserve le principe de l'ablation des abcès froids. J'ai vu un certain nombre de ces abcès froids de la poitrine qui ont été heureusement traités pas l'incision ou le drainage. Lisfranc, depuis longtemps, s'est élevé contre l'excision appliquée aux abcès froids.

M. PERRIN. J'ai vu, comme M. Larrey, un bon nombre d'abcès des parois thoraciques dits des abcès froids. J'ai constaté aussi qu'ils étaient dus à un traumatisme et étaient rarement liés à une altération osseuse. J'avais même pensé un instant qu'ils avaient pour origine les lymphatiques. Ces abcès se développent lentement, et ce n'est qu'à la longue que les os deviennent malades, encore la lésion n'est-elle point de la carie. Je me rallie d'ailleurs aux observations de mes collègues. Le traitement ordinaire des abcès est ce qu'il y a de meilleur; le drainage est souvent utile. Un traitement tonique est indiqué pour pousser le malade à l'embonpoint afin de faciliter les recollements de la peau. J'ai autrefois entretenu la Société à ce sujet à propos des fistules thoraciques.

M. GIRALDÈS. Je m'associe aux réserves de nos collègues; mais je veux insister sur l'origine des abcès dans la région mammaire. Il y a sous le grand pectoral une loge où le pus peut s'étendre pour remonter quelquefois jusque sous la clavicule, avant de traverser le muscle grand pectoral. Le pus, dans le cas présent, peut s'être formé dans le tissu cellulaire sous-mammaire et avoir écarté

les fibres du grand pectoral. Je ne crois pas à l'interprétation de M. Horteloup sur la migration du pus et sur l'origine de l'abcès froid aux dépens du sternum.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Nécrose phosphorée. — M. A. GUÉRIN présente un maxillaire inférieur, nécrosé en entier, qu'il a extrait, et montre le malade, chez lequel il y a une reproduction osseuse. Voici le fait en résumé :

M..., 19 ans, trempeur dans une fabrique d'allumettes chimiques, était entré à Saint-Louis, salle Saint-Augustin, nº 45, le 20 avril 1867. Depuis 19 mois déjà le malade avait des dents malades. Les gencives suppuraient depuis 1 mois. A son entrée à l'hôpital, ce jeune homme avait un gonflement pâteux dans toute la région qui correspond au maxillaire inférieur; toutes les dents de la mâchoire inférieure étaient ébranlées, et tous les signes de la nécrose phosphorée étaient évidents.

Le séquestre n'étant point mobile, M. Guérin attendit. Les dents furent enlevées pour permettre au malade de manger. Un abcès se forma, puis deux ; ils ont été ouverts. Le 5 novembre, l'os commençait à se dénuder. Le 22 décembre, M. Guérin fit l'opération. Il décolla le périoste dans les points où il était encore adhérent, puis il scia l'os et en décolla les deux parties en les tordant sur elles-mêmes par les procédés classiques; sauf qu'une des parties de l'os cassa, qu'on fut obligé de l'arracher avec un davier, et que le décollement du périoste fut en quelques points assez laborieux, les suites de l'opération furent heureuses.

La pièce montre que la totalité du maxillaire a été enlevée, et que l'os ancien est comme enveloppé par l'os nouveau, qui a été extrait en même temps que le séquestre.

Le malade que vous voyez a malgré cela un maxillaire inférieur, incomplet, il est vrai, mais capable de rendre des services ; de sorte que ce malade peut être considéré comme ayant un maxillaire pour la troisième fois, si l'on compte l'os ancien, les ostéophytes sécrétés par le périoste autour de l'os ancien, et l'os rudimentaire qui existe aujourd'hui chez ce jeune homme.

M. TRÉLAT. J'appellerai l'attention sur un fait qui me paraît être la règle dans les nécroses phosphorées de la mâchoire inférieure.

Les ostéophytes du périoste sont caduques, quelque soit leur volume. Sur la pièce que nous présente notre collègue, je vois des ostéophytes très-volumineux, et je n'hésite pas à attribuer leur volume à la longueur de la suppuration qui a été nécessaire pour diminuer le séquestre.

Je trouve encore un résultat de la longueur de la suppuration dans l'état des parties que j'observe sur le malade : il n'a point d'os dans la partie antérieure de la mâchoire inférieure. Cela tient à ce que pendant l'élimination des ostéophytes, le périoste s'est rétracté en arrière, où il a pu seulement contribuer à produire un os nouveau. Pour moi, il paraît évident que plus l'os sequestré et les ostéophytes s'éliminent vite, plus la réparation est bonne.

ÉLECTIONS DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1872.

Président.

Sur 29 votants :

M. Dolbeau................	28 voix.
Bulletin blanc.............	1 —

M. Dolbeau est nommé président pour l'année 1872.

Vice-président.

Sur 29 votants :

M. Trélat..................	20 voix.
M. Demarquay............	4 —
M. Forget.................	3 —
M. Guyon..................	1 —
Bulletin blanc.............	1 —

M. Trélat est nommé vice-président de la Société de chirurgie.

Secrétaire général.

L'élection de M. Trélat à la vice-présidence laisse vacante sa place de secrétaire général. Il est procédé au vote.

Sur 27 votants :

M. Guyon.	20 voix.
M. Perrin..................	4 —
M. Forget..................	1 —
M. Guéniot.................	1 —
M. Tarnier.................	1 —

M. FORGET. Il a été entendu que la place de secrétaire général devait être occupée pour cinq ans ; je crois qu'il est contraire aux intérêts de la Société que ce principe ne soit pas observé. Il est très-utile que le secrétaire général ne change pas sans cesse. Obligé d'avoir de fréquents rapports avec nos correspondants, avec les étrangers, il a besoin d'être bien au fait de ses fonctions. Il serait regrettable que la place de secrétaire général fût tous les ans une étape vers la vice-présidence.

M. BLOT. La Société est souveraine, et je ne pense pas qu'il soit opportun d'insister, car ce serait presque infliger un blâme au jugement de nos collègues.

M. FORGET. Cela n'a jamais été dans ma pensée ; ce que j'ai dit était exclusivement dans l'intérêt de la Société.

La séance est levée à 5 heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1871.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux* ; — L'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — la *Gazette médicale de Strasbourg* ; — *Della preparazione del labyrinto osseo*, memoria di Luigi Porta. Broch. in-4°.

ÉLECTIONS (Suite).

Secrétaire annuel : 17 votants.

M. Després.................	14 voix.
M. Panas..................	1 —
M. Forget..................	1 —
Bulletin blanc.............	1 —

M. Després est nommé secrétaire annuel.

Vice-secrétaire annuel : 16 votants.

M. Tillaux	12	voix.
M. Horteloup	2	—
M. Labbé	1	—
Bulletin blanc	1	—

M. Tillaux est nommé vice-secrétaire.

M. Guéniot est renommé trésorier par acclamation.

M. Giraud-Teulon est renommé archiviste par acclamation.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont élus : MM. Le Fort, Horteloup, Forget.

Commission pour l'examen des titres des candidats au titre de membre correspondant national. Sont élus : MM. Dolbeau, Després, Guyon et Duplay.

Commission pour l'examen des comptes de la Société. — Par voix de tirage au sort, sont désignés : MM. Dolbeau, Sée, Labbé, Horteloup et Blot.

COMMUNICATION

Cysticerque Ladrique (*Cysticercus cellulosæ Rudolphi*) **dans le corps vitré.** — M. GIRAUD-TEULON communique le fait suivant qu'il a observé avec M. Sichel fils.

L'intérêt qui se rattache à ce cas, c'est que c'est la première fois que cette opération est faite en France. Le cysticerque dans le corps vitré est, en effet, fort rare en France. M. Sichel et moi n'avons eu connaissance ici que de trois cas : un appartenant à Follin (1858, hôpital Necker); un appartenant à M. Trélat; un appartenant au Dr Meyer.

Le premier cas de cysticerque dans le corps vitré observé à l'ophthalmoscope appartient à de Graefe, qui l'observa en 1854 (*Arch. f. ophth.*, vol. I, 1re partie, page 457). Ce cas fut décrit la même année par Liebreich (*Arch. f. ophth.*, vol. I, 2e partie, p. 343).

Le premier cas d'extraction appartient également à de Graefe 1856 (*Arch. f. ophth.*, vol. III, 2e partie, p. 312).

Extraction faite à l'aide d'une pince capsulaire de Sichel père, à écartement limité, par une petite plaie scléroticale faite avec une large aiguille à cataracte.

2e cas d'extraction, 1857, de Graefe (*Arch. f. ophth.*, vol. IV, 2e partie, p. 171 et suiv.).

Extraction par la cornée, après iridectomie et extraction du cristallin préalables.

Guérison avec amélioration de la vue.

En 1863 (*Arch. f. ophth.*, vol. IX, 2e partie, p. 84), de Graefe donne le conseil d'extraire le cysticerque par une plaie scléroticale, faite dans la région de l'équateur.

C'est cette méthode qui a été suivie ici par M. Sichel fils.

L'opération a duré près de trois quarts d'heure. On put extraire l'entozoaire entier et vivant.

Guérison de la plaie par première intention.

Aujourd'hui, la malade est en bonne voie de guérison. Point de signes de phthisie du globe. Nombreux flocons opaques dans le corps vitré. On aperçoit en haut et en dehors le reflet rouge du fond de l'œil. Le décollement de la rétine qui existait tout d'abord s'est accru notablement.

La malade souffrait depuis le 22 avril dernier de douleurs intolérables.

Lorsqu'elle se présenta pour la première fois, on ne remarqua qu'un décollement rétinien en bas et en dedans, accompagné d'un notable trouble du corps vitré.

Dix jours après, violents symptômes d'irido-choroïdite : sous l'influence de l'atropine, la pupille se dilate et on voit flotter librement le cysticerque dans la cavité du corps vitré.

M. BOINET demande si le diagnostic a été fait avant l'opération et quel était le siége exact du cysticerque.

M. GIRAUD-TEULON. Le cysticerque s'était développé dans la rétine, et avait fini par pénétrer dans le corps vitré. A l'aide de l'examen ophthalmoscopique, on avait vu l'animal : il venait par instant flotter dans le champ pupillaire ; la vision d'ailleurs était déjà perdue et l'opération avait été hâtée à cause des douleurs qu'éprouvait la malade. S'il y avait eu possibilité de rendre la vision, l'opération certes eût atteint le but ; mais il y avait un vaste décollement de la rétine auquel il était impossible de remédier.

M. LE FORT communique l'observation suivante :

Blessure de l'artère humérale au pli du coude par une balle de pistolet. — Anévrysme diffus. — Ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. — Guérison. — Le 29 mai 1870, je fus appelé par M. le docteur Taurin auprès d'un de ses

malades qui venait de recevoir accidentellement un coup de pistolet au pli du coude du côté droit. Cet homme, exerçant la profession de serrurier, avait été requis pour ouvrir des meubles qu'on soupçonnait renfermer des armes. Un des assistants déchargea par mégarde un revolver du plus petit modèle, et la balle alla frapper le malade à la partie interne du pli du coude droit, en avant de la trochlée et à sa hauteur. Il n'y eut qu'une très-légère hémorrhagie, et lorsque, quelques heures après, j'arrivai auprès du blessé, il n'y avait aucun écoulement de sang. La région du coude, à la partie antérieure et interne, était un peu tuméfiée ; on distinguait difficilement des battements à ce niveau, mais on pouvait percevoir un très-léger bruit de souffle. Les pulsations de l'artère radiale au poignet avaient disparu, mais il n'y avait qu'une très-légère diminution dans la température. La balle avait évidemment intéressé l'artère humérale ; mais comme il n'y avait pas d'hémorrhagie extérieure, que la tuméfaction était peu marquée et que l'absence de thrill pouvait autoriser à croire que les veines étaient intactes, on pouvait espérer ne voir s'établir qu'un anévrysme circonscrit, lequel aurait pu être guéri plus tard par la compression digitale intermittente ou par la flexion, ce qui offrirait pour le malade moins de dangers qu'une ligature dans une plaie, qu'il fallait nécessairement agrandir dans de notables proportions. Je plaçai donc le bras dans la flexion, après avoir entouré le membre d'un bandage roulé compressif. Les choses restèrent dans le même état pendant les trois ou quatre premiers jours ; mais, à partir de ce moment, la tumeur commença à croître ; en même temps le bras tout entier augmentait de volume, par suite du développement d'une inflammation diffuse qui ressemblait aux débuts d'un phlegmon diffus. Si la tumeur était devenue plus volumineuse, elle était aussi bien moins limitée, car elle était en partie marquée par le gonflement des parties voisines. Le bruit de souffle était devenu plus intense, et des battements expansifs assez forts soulevaient et écartaient les doigts qui embrassaient l'anévrysme. Il était évident que l'on devait renoncer à l'espoir de voir cet anévrysme se circonscrire, et l'on devait craindre non-seulement l'aggravation des symptômes inflammatoires, mais surtout l'ouverture de la plaie, et par conséquent une hémorrhagie qui, avant l'arrivée des secours, eût pu être mortelle. Il y avait dès lors indication d'agir, et la seule opération justifiable était la ligature des deux bouts de l'artère lésée.

Le 6 juin, neuf jours après la blessure, j'ouvris largement la poche et la vidai des caillots qu'elle renfermait, tandis qu'un aide com-

primait l'humérale à sa partie supérieure. Le gonflement du bras rendit la compression assez difficile, et les modifications survenues dans les parties molles, sous l'influence de l'inflammation, rendaient assez délicate la recherche de l'artère.

Guidé par l'écoulement du sang, j'arrivai assez rapidement sur l'artère au niveau de la plaie, et je liai d'abord le bout supérieur. L'artère était ouverte, mais non sectionnée complétement. Il me fut dès lors facile de porter une seconde ligature sur un gros tractus, qui me paraissait être le bout inférieur ; mais malgré la seconde ligature, que j'appliquai sur cette partie de l'artère, une légère hémorrhagie continuait. C'est alors qu'en soulevant les deux fils, posés évidemment tous deux sur le vaisseau, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie, je vis que la blessure de l'artère consistait en un trou fait comme à l'emporte-pièce, et que limitaient deux brides longitudinales formées par les débris du cylindre vasculaire, et ma seconde ligature n'ayant porté que sur une de ces brides ne pouvait arrêter l'écoulement du sang provenant du bout inférieur. Un troisième fil fut porté plus bas, puis je sectionnai l'artère en travers entre les deux ligatures.

Tout écoulement de sang avait cessé ; la plaie fut couverte de compresses d'eau alcoolisée.

Les symptômes inflammatoires ne tardèrent pas à diminuer, puis à disparaître ; peu à peu le bras reprit son volume normal, et le 28 juin la plaie était cicatrisée et le malade pouvait se lever. Les battements de la radiale avaient reparu six à sept jours après la ligature.

Bien que guéri de son anévrysme, le blessé conservait une grande difficulté dans les mouvements du bras ; la flexion et l'extension du coude étaient très-limitées. Un appareil mécanique à flexion, appliqué plusieurs fois par jour, rendit bientôt les mouvements. Ils ont repris depuis toute leur étendue ; la guérison est absolument complète, et le malade ne conserve de son accident que la cicatrice résultant de l'incision.

Le 28 juillet, la balle qui s'était montrée sous la peau, en arrière de l'épicondyle, fut extraite facilement. C'est une balle cylindro-conique, du volume d'un très-gros plomb de chasse. La pointe seule est restée intacte, la partie cylindrique s'étant aplatie probablement en frottant sur la face antérieure de l'humérus.

M. F. GUYON. Le procédé qu'a employé notre collègue M. Le Fort donne une sécurité absolue, et je veux citer un fait qui le prouve. Un soldat, blessé à Buzenval, avait reçu une balle qui avait traversé

l'avant-bras et avait intéressé le pli du coude et le bras. L'humérus et les os de l'avant-bras étaient intacts. Mais l'artère humérale était évidemment atteinte; il n'y avait plus de pouls radial. Je crus devoir attendre néanmoins; pendant ce temps, le pouls radial reparut.

Le neuvième jour après la blessure, une hémorrhagie survint; le bras gonfla énormément. Je me décidai alors à aller à la recherche des deux bouts de l'artère, en donnant le chloroforme, ainsi que cela a été fait par M. Lustremann pendant la guerre de Crimée. J'ai fait exécuter une compression double au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, afin de me mettre en garde contre l'hémorrhagie pendant l'opération. J'ai trouvé entre les deux bouts de l'artère divisée une petite poche anévrysmale; j'ai lié les deux bouts de l'artère. Le malade a guéri sans accidents.

M. DEMARQUAY. J'ai observé, à la suite d'un accident de chasse, une plaie de l'artère tibiale antérieure. Un grain de plomb avait pénétré à la partie inférieure de la jambe. Il y a eu gonflement de la jambe et des battements. Je découvris l'artère blessée; elle avait été entaillée comme à l'emporte-pièce par le grain de plomb. J'ai lié au-dessus et au-dessous de la blessure artérielle, et le malade a parfaitement guéri.

M. GIRALDÈS. Les faits de plaie latérale des artères ont été depuis longtemps signalés par M. Laugier dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*. Un homme avait reçu un coup de couteau qui avait intéressé l'artère axillaire; la plaie artérielle découverte seulement au moment de l'autopsie ressemblait à une petite boutonnière oblique; en effet, des hémorrhagies répétées amenèrent la mort du malade sans qu'il y eût d'anévrysme.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le vice-secrétaire: ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1872.

Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le numéro de janvier des *Archives générales de médecine*.

M. PATRY (de Sainte-Maure), membre correspondant, assiste à la séance.

Appareil spécial en gutta-percha pour le traitement des fractures de cuisse chez les nouveau-nés. — M. GUÉNIOT communique le fait suivant :

Le 29 novembre 1871, on apporta dans mon service un enfant de quatre jours, très-faible, issu d'une grossesse trigémellaire, et atteint d'une fracture du fémur droit à son tiers supérieur. Un appareil appliqué en ville sur toute la longueur du membre avait déterminé, par sa pression, un œdème avec rougeur qui me parut menaçant. Je dus donc supprimer cet appareil et en substituer un autre très-léger, fabriqué avec des attelles en carton. Mais, quelque soin que je prisse pour le maintenir en place, les mouvements énergiques de l'enfant, joints à la brièveté du fragment supérieur, le faisaient chaque jour glisser au-dessous du siége de la fracture. Vainement je tentai de le fixer à la racine du membre au moyen de quelques tours de bande, qui s'enroulaient sur le tronc et remontaient en spirale jusque sur les épaules : toujours l'appareil avait glissé le lendemain, et les fractures formaient un angle très-saillant en dehors et en avant. C'est là, d'ailleurs, le fait vulgaire chez les enfants nouveau-nés atteints de fracture de cuisse. Dans les cas que j'ai observés jusqu'ici, j'ai toujours constaté l'inconvénient que je signale. L'enfant a une tendance des plus marquées à fléchir fortement sa cuisse sur l'abdomen, comme dans l'attitude naturelle qu'il avait avant de naître; et il ne semble vouloir garder

de repos que quand les plaques contentives ont été refoulées au-dessous du foyer de la fracture. On devine, sans que j'y insiste, les conséquences de ce défaut de contention : le cal est énorme, l'os est fléchi angulairement et la cuisse plus ou moins raccourcie.

C'est pour remédier à ces inconvénients que j'ai imaginé de recourir à un autre mode de contention, au moyen de l'appareil que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

C'est un appareil, comme on peut le voir, de la plus grande simplicité et d'une fabrication partout extrêmement facile. Il est formé d'une plaque de gutta-percha, que l'on façonne de manière à constituer deux gouttières ou demi-anneaux, qui restent solidement unis l'un à l'autre. Le premier, de dimensions proportionnées au volume de l'enfant, est destiné à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc; et cela, dans une hauteur d'environ 10 centimètres à partir du pubis. Le second, de dimensions beaucoup moindres et uni angulairement à l'autre au niveau du pli de l'aine, est destiné à entourer les deux tiers supérieurs du membre fracturé, dans la moitié ou les trois cinquièmes antéro-externes de sa circonférence. Il comprime ainsi le sommet de l'angle formé par les fragments et maintient, dans une mesure satisfaisante, la réduction de la fracture. Tout le reste du membre reste libre, et les parties génitales, le siége ainsi que la partie interne des cuisses, se trouvant à découvert, permettent d'administrer de la manière la plus complète tous les soins de propreté.

Chez l'enfant que vous voyez ici, l'appareil une fois appliqué n'a aucune tendance au déplacement, et il a maintenu la fracture d'une façon telle, que le membre malade, non-seulement n'est le siége d'aucun raccourcissement, mais semblerait plutôt offrir une légère augmentation de longueur.

Le cal est régulier, solide, et les fonctions du membre sont entièrement recouvrées. Quant à la santé générale, malgré sa faiblesse originelle, elle est devenue aussi satisfaisante que possible.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC. J'ai pu apprécier combien il est difficile de contenir les fractures chez les nouveau-nés, quoique la réduction soit très-facile ; dans un cas de fracture du tiers supérieur du fémur chez un nouveau-né, j'ai employé ce que j'appelle l'immobilisation préalable, à l'aide de petites attelles de carton maintenues par des

bandelettes de diachylum, et j'ai placé ensuite un appareil plâtré. L'enduit vernissé est indispensable pour ces appareils, afin d'empêcher l'urine et les déjections de l'enfant de couvrir les pièces de l'appareil.

M. DEMARQUAY. Dans un cas de fracture de ce genre, j'ai été très-embarrassé; j'avais employé inutilement le plâtre et la gutta-percha. Je me suis décidé à faire faire une petite gouttière Bonnet, où était couché l'enfant, et qui ne s'opposait ni à l'allaitement ni aux nettoyages du nouveau-né.

M. GIRALDÈS. On voit assez souvent des fractures chez les nouveau-nés aux consultations de l'Hôpital des Enfants; tantôt elles sont récentes, tantôt elles sont en voie de consolidation. Il y a des fractures complètes et des fractures incomplètes, chez les enfants rachitiques par exemple.

A cet égard, une distinction doit être établie, car les fractures incomplètes peuvent être plus facilement contenues que les fractures complètes. La consolidation des fractures de cuisse des enfants a lieu rapidement, en huit ou douze jours, mais il est difficile de maintenir la contention même pendant ce temps. Les appareils contiennent bien pendant quelque temps, mais il faut les changer vite, car les enfants les salissent, et si on laisse l'urine qui les imprègne, elle peut causer des érythèmes et des ulcérations graves du tégument. Le problème à résoudre est donc d'avoir un appareil qui ne s'altère point et que l'on puisse nettoyer sans le déranger.

M. Guéniot a eu recours à un moyen commode. Les appareils moulés en gutta-percha que j'emploie depuis 1848 sont excellents pour le traitement des plaies articulaires et le pansement des plaies de résection; j'en ai obtenu de bons résultats. J'ajoute que M. Guéniot doit bien indiquer la manière de préparer son appareil, car c'est un point important; on juge souvent mauvais un appareil, parce qu'on n'a pas su l'appliquer.

M. TARNIER. Je ne sais si mes collègues ont vu beaucoup de cas analogues à celui que présente M. Guéniot. J'ai vu un certain nombre de ces fractures, et qui avaient pour origine des tractions pendant l'accouchement; seulement, le déplacement n'était pas considérable. La déformation ultérieure peut être grande, assurément; mais je crois que la position des cuisses du nouveau-né, position de la vie intra-utérine, et l'absence de grand déplacement sont peut-être la cause principale de la guérison rapide et bonne qu'a observée M. Guéniot.

M. MARJOLIN. J'ai vu un certain nombre de fractures chez de

jeunes enfants. On nous amène des enfants qui ont des fractures récentes en voie de consolidation, avec des cals vicieux et des déformations qui simulent, à s'y méprendre, une déformation rachitique. Quelquefois, il y a simplement, au niveau de la fracture, une nodosité, et ceci se présente principalement quand le périoste est conservé. Ces fractures ont besoin d'être maintenues dès le début. Les appareils en gutta-percha, les appareils vernissés sont bons, mais l'urine et les matières filent entre l'appareil et la peau. J'ai appliqué des appareils inamovibles, et j'ai vu les matières causer sur la peau, sous l'appareil, des érosions cutanées graves. A mon sens, c'est la peau qu'il faut rendre imperméable, et pour cela j'enduis la peau de graisse ou d'huile, et je change souvent l'appareil. Je crois bon de tenir le membre dans la rectitude et de prendre un point d'appui sur le tronc; pour cela, je me sers d'un coussin piqué au milieu, formant une sorte de gouttière, qui est placé sur le côté externe de la cuisse et du tronc, et d'une attelle placée par-dessus le coussin.

M. SÉE. Je me suis servi de gutta-percha pour éviter les excoriations de la peau, en particulier pour l'application du bandage des fractures de la clavicule; je me's une plaque de gutta-percha double dans l'aisselle pour éviter les érosions de cette partie.

M. GIRALDÈS. Les fractures de cuisse qui ne sont pas maintenues régulièrement sont suivies de cals angulaires très-difformes, et, comme la consolidation chez les enfants a lieu rapidement, lorsqu'on veut redresser le cal difforme on est obligé de le fracturer. Il faut savoir que, quand la fracture a lieu sans que le périoste soit déchiré, il y a un cal olivaire, et que, quand le périoste est déchiré, soit au moment de la fracture, soit plus tard, par suite de mouvements ou de mauvaise contention, il y a une consolidation très-difforme. J'insiste sur la distinction que j'avais établie tout à l'heure.

M. FORGET. J'ai observé un fait analogue; c'était chez un très-jeune enfant. Il y avait une fracture complète. Le déplacement n'était pas difficile à réduire. J'ai appliqué quatre attelles et un bandage circulaire. J'ai remarqué l'absence de gonflement et d'inflammation, au niveau de la fracture : les effets du traumatisme étaient tout autres que quand les os sont ossifiés. Le cal se formait, en effet, au milieu du travail ostéogénique, autrement que sur des os entièrement formés.

M. LE FORT. Les fractures de cuisse, chez les très-jeunes enfants, ressemblent aux fractures sous-trochantériennes des adultes,

et réclament, à mon sens, une attelle en T, dont la barre transversale prend point d'appui sur le bassin et la barre verticale fixe la cuisse à l'aide de tours de bande circulaires en diachylum, appliqués par-dessus un linge de toile recouvrant la peau.

M. GUÉNIOT. Le point essentiel, dans l'appareil que je soumets à mes collègues, est qu'il laisse à découvert les parties génitales saines et les fesses, et qu'il maintient néanmoins, rigoureusement, la fracture sans liens sur la cuisse.

Rétrécissement de l'œsophage. — M. DEMARQUAY présente à la Société les pièces provenant d'un malade auquel il avait dû pratiquer le cathétérisme de l'œsophage. Il s'agit d'un enfant de 15 ans, qui, au mois de mai dernier, avait bu, par mégarde, un verre de solution de potasse qu'il avait vomi, et par la suite une dysphagie était apparue et était arrivée à un tel degré, que le malade ne pouvait plus boire. Je vis le malade trois mois après l'accident, je passai une sonde ordinaire du n° 10, à l'aide de laquelle je pus donner des aliments liquides à l'enfant; puis je procédai à la dilatation. Peu de temps après, l'enfant buvait et mangeait. A quelque temps de là, l'enfant revint; il ne pouvait plus avaler. Je cherchai à passer de nouveau les olives dilatatrices; mais je ne pus parvenir qu'à passer la plus petite. C'était le 8 septembre. Seulement, pendant que je passai l'instrument, le petit garçon se plaignit de souffrir; il but néanmoins et déclara qu'il sentait que les boissons passaient dans l'estomac. Il eut le soir de la fièvre; j'allai voir l'enfant, et je trouvai une pleurésie. Le petit malade a été amené à la maison de santé dans le service de M. Cazalis, où il est mort le 4 octobre. On voit sur la pièce une perforation de l'œsophage, communiquant avec le foyer d'une vaste pleurésie purulente. La communication est large et peut recevoir une assez grosse sonde.

Je crois que, dans ce cas, il y a eu ramollissement de l'œsophage, ramollissement tel, que sous le moindre effort le conduit s'est rompu. Dans des expériences que j'ai faites sur les animaux, j'ai constaté le fait. Dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, à la suite d'un cathétérisme, le malade but et eut une quinte de toux. Une communication s'était établie entre l'œsophage et les bronches. Je mets toujours, depuis que je connais ces faits, la plus grande prudence dans le cathétérisme de l'œsophage.

RAPPORT

M. DE SAINT-GERMAIN lit le rapport de la commission du prix Laborie.

Les conclusions sont : Qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix Laborie, et qu'un encouragement est accordé à M. Cornillon pour son travail sur la constriction uréthrale dans les rétrécissements péniens. — Adopté.

La Société se forme en comité secret à 5 heures.

Le vice-secrétaire annuel : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1872.

Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.— La *Gazette des hôpitaux ;* — L'*Union médicale ;* — La *Gazette hebdomadaire ;* — L'*Art dentaire ;* — Le *Journal de médecine* de l'Ouest ; — Le *Montpellier médical.*

— *Rapport sur le service militaire de santé dans la ville du Mans,* par le docteur Mordret.

M. TRÉLAT fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *l'Hôtel-Dieu devant le conseil municipal.*

M. LARREY offre à la Société le Discours qu'il a prononcé aux obsèques de Longet.

NÉCROLOGIE

Le professeur Friedrich Jaeger, membre associé étranger, est mort le 26 décembre 1871, à l'âge de 88 ans. Né le 4 septembre 1784,

Jager étudia d'abord à Wurtzbourg, puis à Vienne et à Landshut, et c'est dans cette dernière université qu'il fut reçu docteur en médecine et en chirurgie à l'âge de 22 ans. En 1812, il se fixa à Vienne, et s'adonna à l'étude et à la pratique de l'ophthalmologie. Son enseignement était très-suivi ; parmi ses nombreux élèves, il faut citer Sichel père, qui fut longtemps son assistant. Opérateur habile, il pratiquait encore dans un âge avancé les opérations les plus délicates avec une précision et une sûreté de main surprenantes.

Le docteur Preyss a publié une longue notice sur le professeur Jager dans *Œsterreichen zeitschrift für praktische Heilkunde XVII. Jahrganger*, n° 53.

RAPPORT

Exostose des fosses nasales. — M. BOLBEAU lit un rapport sur une observation d'exostose des fosses nasales du docteur Pamard. Le rapporteur conclut de la manière suivante : adresser une lettre de remerciements à l'auteur et renvoyer l'observation de M. Pamard au comité de publication. (Adopté.)

Après quelques observations de MM. Blot et Trélat, la discussion est remise à quinzaine. Le rapport est renvoyé au comité de publication.

RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

M. TILLAUX lit un rapport sur les travaux des candidats pour le prix Duval. La commission propose de décerner le prix Duval à M. Vaslin, pour sa thèse intitulée : *Étude sur les plaies par armes à feu.* (Adopté.)

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission des comptes.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE ANNUELLE DU 17 JANVIER 1872.

Présidence de M. LARREY.

M. BLOT, président empêché, envoie son discours, dont le secrétaire général donne lecture.

Messieurs,

Deux années se sont écoulées depuis la dernière séance du genre de celle d'aujourd'hui ; nos souvenirs ne peuvent remonter le cours de ces deux longues et pénibles années sans éprouver un serrement de cœur auquel vous vous associez tous, mes chers collègues. La paix, alors si près de son terme, laissait à nos esprits la quiétude, si favorable aux travaux scientifiques. Depuis dix-huit mois, au contraire, l'agitation la plus perplexe, les nécessités les plus dures, les angoisses les plus poignantes, n'ont cessé de nous poursuivre sans relâche. Après les tourments de cette guerre maudite contre l'étranger, les horreurs de la guerre civile ne nous ont pas laissé un seul instant pour nous recueillir.

Néanmoins, notre chère Société a voulu continuer ses travaux. L'absence momentanée de nos plus jeunes collègues qui avaient volé sur le champ de bataille au secours de nos malheureux soldats, les services chirurgicaux dont chacun s'était chargé, n'ont pas empêché ceux de nous qui sont restés dans Paris assiégé et bombardé, de se réunir chaque semaine.

J'ai donc, suivant l'usage, à vous rendre un compte succinct de l'état moral et financier de notre Société.

Je vous parlerai d'abord de nos finances. Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons, comme le reste de la société française, nous préoccuper de nos moyens d'existence matérielle.

On a dit depuis longtemps que l'argent était le nerf de la guerre; c'est aussi le nerf de la science. Sans quelques ressources pécuniaires, comment faire face aux dépenses que nécessitent les recherches, en publier les résultats et vulgariser les enseignements qu'on peut en tirer?

Eh bien, messieurs, je suis heureux de pouvoir vous le dire, malgré tous nos désastres nationaux, les finances de la Société de

chirurgie sont ans un état plus prospère qu'ils n'ont jamais été.

Quelques chiffres vont vous le prouver.

A la fin de 1868, notre honorable collègue et ami M. Legouest constatait avec satisfaction que l'exercice budgétaire de cette année se fermait par un excédant de recettes de 2,000 francs. Aujourd'hui, les exercices de 1870 et 1871 donnent pour résultat un encaisse de 12,700 francs. Ce chiffre vous en dit plus que tout ce que je pourrais ajouter. Cet accroissement notable de notre petite fortune, nous le devons aux modifications introduites dans nos statuts, sur la proposition de notre ancien secrétaire général, M. Broca. Ces modifications fécondes commencent à porter leurs fruits, grâce aux soins éclairés et assidus de notre trésorier M. Guéniot; aussi, je crois être l'interprète de la Société tout entière en le priant de vouloir bien accepter nos plus sincères remercîments.

Avec de telles ressources, votre bureau aurait été bien coupable de laisser en souffrance l'œuvre de vos publications; aussi a-t-il profité du temps des vacances pour faire mettre à jour l'impression des comptes rendus de vos séances et a-t-il fait publier le dernier volume de vos bulletins. Prochainement, j'espère, un nouveau volume de mémoires pourra paraître aussi, la matière en est toute prête et je ne doute pas que notre éditeur ne fasse tous ses efforts pour hâter la publication de ce volume.

Pendant les deux années qui viennent de s'écouler, le personnel de la Société n'a pas éprouvé de grands changements. La mort nous a cependant ravi quelques-uns de nos plus chers collègues.

L'un de nos membres fondateurs les plus affectionnés, notre maître et ami M. Danyau est mort à la fin du siége, au moment où il allait jouir du repos si bien mérité qu'il s'était préparé. Tout à l'heure, notre secrétaire Tarnier vous rappellera ce qu'il fut pour la Société et pour de nombreuses générations d'élèves que ses délicates qualités avaient su transformer en de vrais amis.

Un de nos honoraires, M. Deguise père, a succombé aux suites des violences exercées sur lui par nos cruels ennemis. Un souvenir de lui nous a été offert par son digne fils, et notre bibliothèque, grâce à ce pieux souvenir, s'est enrichie d'une collection plus complète des thèses de la Faculté de Paris.

Enfin, un de nos collègues les plus jeunes et les plus distingués, Liégeois, est mort, frappé brusquement au milieu de l'exercice dévoué des fonctions actives qu'il avait acceptées dans les ambulances de Paris, à son retour des ambulances de province.

A ces vides creusés par la mort, il faut en ajouter un autre :

celui-là heureusement ne sera qu'intermittent : un des membres titulaires les plus assidus et les plus actifs, M. Depaul, absorbé par son enseignement et de nouveaux devoirs civiques, a demandé et obtenu l'honorariat. Nous n'oublierons pas sa promesse de nous consacrer les moments de liberté que lui laisseront ses nombreuses obligations. D'ailleurs, nous avons la consolation de penser que quand il n'est pas au milieu de nous, il est occupé à défendre les intérêts de la profession au sein de notre conseil municipal. Il a déjà mis au service de nos institutions médicales et hospitalières, dans la discussion sur les asiles d'aliénés, la fermeté de son caractère et la droiture de son intelligence. Une nouvelle occasion importante va bientôt lui être offerte de servir à la fois les intérêts bien compris des malades et de la science, dans la question du nouvel Hôtel-Dieu. Nous pouvons être certains qu'il n'y faillira pas.

Les vides dont je viens de parler n'ont pas encore été comblés : l'année n'était pas favorable aux élections ; aussi la Société aura-t-elle prochainement à en faire plusieurs.

J'ai à vous annoncer, messieurs, que la mise en ordre de nos archives et de notre bibliothèque est presque terminée. Quelques travaux d'aménagement, votés par nous dans la dernière séance, suffiront à notre zélé bibliothécaire-archiviste pour mettre la dernière main à ce travail. Nous pourrons alors profiter complétement des richesses littéraires que nous possédons.

Si, de ces considérations purement matérielles, nous passons à l'examen de notre état moral, nous verrons qu'il est aussi satisfaisant que l'état pécuniaire.

Une chose, en effet, frappe tout d'abord l'observateur le moins attentif : c'est que, pendant tous les terribles événements qu'a traversés notre malheureux pays, la science française est restée digne d'elle-même ; la Société de chirurgie, comme sa sœur aînée l'Académie de médecine, n'a pas cessé de se livrer à ses travaux. Elle a tenu ses séances et les a remplies par des communications dont notre secrétaire général vous fera tout à l'heure ressortir l'importance.

C'est que c'est le propre des hommes de science de savoir trouver, même dans les circonstances les plus malheureuses, un aliment à des recherches qu'ils tendent toujours à faire converger vers l'intérêt de tous. Pour eux, c'est la plus belle récompense qu'ils puissent ambitionner de leur labeur désintéressé. Cette pensée les soutient dans les moments difficiles et leur donne cette supériorité morale qu'aucun parti politique ne songe à leur refuser.

Continuons donc, messieurs, dans cette voie ; c'est le plus sûr

moyen de servir, à la fois, les intérêts de notre patrie et ceux de l'humanité tout entière. Quelle satisfaction intime chacun de nous peut-il éprouver plus sincère et plus profonde que de se dire, au terme de pareilles luttes, nous avons rendu à tous quelque service? Continuons donc, mes chers collègues, et nous pourrons ainsi transmettre intacte, aux générations futures, la noble et simple devise de la Société de chirurgie :

« Vérité dans la science, moralité dans l'art. »

M. PANAS, secrétaire, lit le compte rendu des travaux pour 1870.

Messieurs et chers collègues,

Au milieu des épreuves douloureuses que nous venons de traverser, malgré les privations physiques et morales de toutes sortes, malgré le bombardement, malgré les devoirs multiples et impérieux que chaque nouvelle bataille imposait aux membres de la Société de chirurgie, celle-ci, fidèle à son passé, n'a pas interrompu ses travaux, en donnant ainsi un nouveau témoignage de sa vitalité et de son amour pour la science.

Dans le mouvement de rénovation qui va s'emparer de la nation, surprise par le malheur, mais moins abattue que ne le voudraient ses implacables ennemis, la Société de chirurgie se fera un devoir d'y coopérer dans sa sphère, afin que le prestige de la science française survive à la haine et à l'injustice de nos confrères d'outre-Rhin.

Pour cela, nous nous attacherons à faire de chaque hôpital une école, et de la Société de chirurgie l'un des centres de notre activité scientifique.

Avant de vous parler de vos travaux pour l'année 1870, permettez-moi, messieurs, de vous remercier au sujet de la bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner dans mes fonctions de secrétaire, dont je conserverai le meilleur souvenir.

Parmi les affections osseuses qui ont attiré l'attention des chirurgiens dans ces dernières années, la nécrose phosphorée du maxillaire est une des plus curieuses au point de vue de l'ostéophyte caduc, qui accompagne le séquestre, et des plus intéressantes pour la médecine opératoire.

Notre collègue M. Trélat, en vous faisant connaître un nouveau cas, a insisté, d'accord en cela avec M. Lailler, sur l'inopportunité

d'une intervention chirurgicale hâtive, alors que M. Guérin croit que, pour des cas donnés, cette intervention devient impérieuse; preuve, un fait de syalorrhée excessive qu'il nous a communiqué, et pour lequel l'ablation du maxillaire fut suivie d'un plein succès.

A cette occasion, l'utilité des appareils dentaires prothétiques fut agitée, et de cette discussion il en est résulté, croyons-nous, que si ces appareils sont loin d'imiter la nature, ils n'en offrent pas moins des avantages réels au point de vue de la mastication et de l'exercice de la parole.

Une question non moins importante que la précédente, et qui, par cela même, jouit du privilége de se présenter périodiquement à cette tribune, est relative à l'utilité du trépan dans le traitement des plaies de la tête.

MM. Sedillot, Legouest et Tillaux vous ont entretenu de ce sujet, sur lequel la division règne encore parmi les chirurgiens, et ce qui le prouve le mieux, c'est que l'Académie n'a pas craint de donner, pour prix de concours, tout dernièrement encore, « l'étude expérimentale des accidents cérébraux traumatiques. »

Nous terminerons ce qui a trait aux lésions du squelette, en rappelant le travail historique de M. Letenneur, de Nantes, sur la suture des os; une observation de fracture double du maxillaire inférieur traitée par la suture et due au même chirurgien; un cas intéressant d'exostose du sinus frontal opéré par M. Verneuil; enfin, un exemple de reproduction du maxillaire inférieur atteint de nécrose, que nous devons à M. Lecousturier.

Le contingent fourni par les lésions musculaires se trouve réduit, pour cette année, à deux observations avec planches photographiques représentant la hernie par effort du muscle premier adducteur de la cuisse; c'est à notre collègue M. Dauvé que nous en sommes redevables.

Les cas nombreux de tétanos traumatique observés pendant la guerre sont venus prouver combien la Société avait eu raison de s'intéresser à cette question, lorsque M. Verneuil lui communiqua sa première observation de guérison par le chloral. Malheureusement les faits observés depuis ne sont pas venus confirmer les espérances qu'on avait conçues au sujet du nouvel agent thérapeutique; mais la discussion relative à la nature et à la pathogénie du tétanos n'est pas moins digne d'être résumée en quelques mots.

Pour MM. B. Séquard, Verneuil et Liégeois, le tétanos serait une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle, par suite d'incitations répétées que le centre médullaire reçoit des nerfs de la plaie.

M. B. Séquard ajoute à cela, que non-seulement les incitations en question peuvent être indolores et inconscientes, mais qu'il y aurait même antagonisme entre celles-ci et l'élément douleur. Le côté faible de cette théorie, fondée d'ailleurs sur des données physiologiques exactes, c'est qu'elle ne nous explique point comment il se fait qu'à un moment donné plutôt qu'à un autre, sans changement apparent du côté de la plaie, celle-ci se mette à inciter la moelle. Que dire, d'ailleurs, de l'influence si évidente du froid et de certaines localités qui y prédisposent d'une façon incontestable!

On a parlé aussi, dans le cours de la discussion, d'une intoxication tétanique produite par la résorption d'un produit septique à la surface de la plaie; mais c'est là une hypothèse qui ne se fonde sur rien et qui, d'ailleurs, ne s'accorde point avec la localisation des lésions dans certains centres de la moelle, ainsi que cela a été constaté dans le tétanos par les anatomo-pathologistes les plus compétents et par notre savant collègue M. Broca.

Les plaies de guerre, dont nous avons eu une si longue et si triste expérience, ont provoqué plusieurs communications intéressantes de la part de MM. Larrey, Giraldès, Verneuil, Blot, Boinet, Houel, etc.

Parmi les tumeurs, nous aurons à signaler en particulier :

Un cas de grenouillette chez un nouveau-né, guérie à la suite de l'excision, par M. Blot.

Une tumeur pulsatile de la racine de la cuisse, présentée par M. Bourgeois, d'Étampes.

Un cancer hématique du testicule, opéré par M. Notta, de Lisieux.

Un polype volumineux, en chou-fleur, du larynx, extrait par M. Krishaber.

Une tumeur strumeuse volumineuse du cou, dont M. Broca put faire l'extirpation avec succès, et au sujet de laquelle la Société avait engagé une discussion intéressante.

Un kyste de l'ovaire, opéré en ville par notre regretté collègue Liégeois, lui fournit l'occasion d'employer avec succès les courants électriques pour rappeler à la vie sa malade, qui allait périr sous l'influence de l'inhalation chloroformique.

M. Joüon, de Nantes, dans une note qui vous a été lue par M. Guyon, insiste sur un procédé d'opération pour les kystes ovariques adhérents, consistant à l'ouverture de la poche, avec suture des parois du kyste et des lèvres de la plaie abdominale.

A en croire le récit qu'il fait de son opérée, il est à craindre qu'il

ne s'agisse là d'une opération fort périlleuse. Toutefois, c'est à l'expérience ultérieure qu'il appartient de se prononcer entre le procédé de M. Joüon et l'ovariotomie *quand même* de quelques autres opérateurs, qui ne manquent de chanter leurs exploits, en les exposant un peu trop sommairement il est vrai, et en négligeant peut-être les lois dévolues à la statistique intégrale des faits par eux observés.

Pour terminer la liste des tumeurs, il nous reste à signaler un cas de tumeur cancéreuse des parois thoraciques par M. Verneuil, et une discussion courte, mais intéressante, sur les abcès périnéphrétiques, à laquelle prirent part MM. Verneuil, Guérin et nous-même.

Les lésions des vaisseaux ont souvent rempli vos séances.

Bien que la compression digitale constitue un véritable progrès dans le traitement des anévrysmes, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre d'entre eux échappent à cette méthode, soit que la solidification de la poche reste inachevée, soit que la compression digitale ne puisse être supportée par le malade. Cette méthode exige en outre le concours de plusieurs aides instruits qu'on n'a pas toujours à sa disposition, et, pour toutes ces raisons, on doit accueillir avec satisfaction les tentatives heureuses faites dans une autre direction; nous voulons parler du traitement par la flexion continue ou intermittente du membre malade.

M. Verneuil est venu nous apporter un fait de guérison obtenu de la sorte pour un anévrysme poplité, et ce cas, rapproché de celui de M. Legouest, de ceux relatés dans la thèse de M. Stopin et dans le travail de M. Fischer (de Prague), témoignent de l'efficacité réelle de ce mode de traitement des anévysmes.

Les rapports entre les hémorrhagies *consécutives* et certaines lésions viscérales préexistantes préoccupent à juste titre le clinicien. Notre collègue, M. Verneuil, sous le nom d'*hépatite miliaire chronique*, nous fit connaître une variété particulière de la suppuration du foie pouvant se lier avec l'apparition d'une hémorrhagie tardive par la plaie.

Le voisinage de grosses collatérales a été considéré généralement comme devant exposer à des hémorrhagies, lors de la chute d'une ligature appliquée sur le tronc principal de l'artère. M. Giraldès considère cette assertion comme sujette à caution, et, pour le prouver, notre collègue rappelle que, sur un total de 78 ligatures de grosses artères, on ne compte qu'un seul cas d'hémorrhagie due à cette cause. Ce chiffre se décompose d'ailleurs ; en

ligatures de la carotide externe, 36; ligatures de l'iliaque externe, 35; et ligatures de l'hypogastrique, 7; de sorte que, si la présence des collatérales était véritablement un danger, c'est en pareils cas qu'on devrait surtout l'observer, puisque la collatérale n'est autre ici que le tronc de bifurcation lui-même.

Parmi les faits importants de lésions vasculaires communiqués à cette tribune, nous devons mentionner :

Un double anévrysme cirsoïde des artères occipitales, présenté par M. Verneuil.

Une érosion de l'artère fémorale consécutive à une ulcération gommeuse des ganglions de l'aine, fait rare qui s'est offert à l'observation de M. Verneuil, et dont l'importance n'échappera à personne.

Enfin un cas de plaie de l'artère poplitée communiqué par M. Le Fort, au nom de M. Laurent.

Sous le titre de « Médecine opératoire, » nous avons réuni un certain nombre de procédés qui intéressent la chirurgie, ou l'art des accouchements, et que nous allons passer en revue.

Vous vous rappelez sans doute la communication intéressante de notre collègue, M. Dolbeau, sur la lithotritie périnéale et les beaux succès qu'il a su tirer de cette méthode. Une question de priorité conduisit M. Tillaux à vous communiquer un travail intéressant où il s'attache à établir, contrairement aux opinions de MM. Giraldès et Trélat, que cette opération, distincte de la taille médiane de Marianus, de Vacca et de M. Bouisson (de Montpellier), appartient en propre à M. Dolbeau.

M. Chassaignac, de son côté, nous fit connaître les résultats de sa pratique au sujet de la taille recto-périnéale par écrasement, d'où il résulte que, sur treize opérations, il compte douze succès, et que le seul inconvénient de cette méthode réside dans la persistance d'une fistulette périnéale pouvant nécessiter ultérieurement l'emploi d'un procédé de suture destiné à combler le trajet anormal.

MM. Dolbeau et Trélat vous ont montré chacun un œsophagotome de leur invention, en vous communiquant, en même temps, trois cas d'œsophagotomie pratiquée par eux avec succès.

M. de Saint-Germain fit part à la Société d'un essai d'hystérotomie, à l'aide d'un instrument porte-caustique qu'il a imaginé à cet effet, et il s'est engagé à vous faire connaître ultérieurement les efforts qu'il aura tentés dans cette voie.

Nous-mêmes, nous vous avons entretenus d'une modification apportée à l'entérotome de Dupuytren, et qui permet l'introduction

de l'instrument au travers d'une petite ouverture. La dilatation préalable de l'orifice fistuleux se trouve en pareil cas supprimée, et la durée du traitement en est diminuée d'autant, sans parler des douleurs inévitables à toute opération préliminaire destinée à élargir le trajet.

La réduction des hernies étranglées intéresse à juste titre les chirurgiens. Aussi la Société n'a pas manqué d'accueillir avec faveur une communication de M. de Lannelongue sur l'emploi d'un sac de grains de plomb appliqué vis-à-vis le pédicule de la hernie, et le rapport très-détaillé de M. Labbé sur le travail de M. Lannelongue.

La Société de chirurgie a suivi avec un véritable intérêt les communications de MM. Tarnier et Guéniot, relatives à l'opération césarienne, ainsi que la discussion qui en a été la suite, et à laquelle prirent part MM. Depaul, Blot, Legouest et Chassaignac. Ce qui nous a paru en résulter, c'est que l'opération de l'hystérotomie comporte des perfectionnements nouveaux, et d'autant plus désirables, que, depuis bientôt quatre-vingts ans, cette opération ne compte, à Paris, que des revers. C'est à quoi, du reste, se sont attachés MM. Tarnier et Guéniot.

Un fait d'obstétrique, qui ne paraît pas absolument rare, consiste dans la possibilité de la rupture de la moelle consécutive à des tractions exercées par l'accoucheur. M. Depaul a relaté divers cas de ce genre, à la suite d'une communication intéressante faite par M. Guéniot, au nom de M. Parrot.

M. Blot vous a entretenus d'un cas de version spontanée qui a paru douteuse à M. Tarnier, et M. Depaul vous a montré un placenta qui offrait sur sa face fœtale plusieurs foyers apoplectiques.

Nous n'aurons que peu de choses à dire sur les anesthésiques. D'après MM. G. Teulon Liégeois et Giraldès, l'association du chloral avec l'éther ou le chloroforme produirait des effets opposés d'excitation ou de somnolence, suivant qu'on fait précéder ou bien suivre l'administration du chloral de celle des anesthésiques.

L'amputation des membres, sans compression préalable des gros troncs artériels, préoccupe M. Verneuil, qui vous a communiqué ses premières tentatives, couronnées de succès. C'est là une question qui restera à l'ordre du jour, n'étant pas encore assez mûre pour être tranchée dans un sens ou dans l'autre.

La greffe épidermique, dont la première idée revient à M. Reverdin, s'est présentée à diverses reprises, et vous avez su l'accueillir avec la faveur qu'elle méritait. Aujourd'hui que cette petite opération a fait largement ses preuves, aussi bien en France qu'à

l'étranger, vous ne saurez que vous applaudir de votre premier jugement.

L'opération de la cataracte par kératotomie linéaire constitue sans contredit une bonne opération, mais dont l'exécution est difficile et exige, par cela même, une habileté manuelle peu commune. Frappés de ces inconvénients, M. H. Weber, le premier, et, après lui, notre collègue, M. Giraud-Teulon, proposent de remplacer le petit couteau de Graefe par un nouvel instrument, qui n'est autre que la pique triangulaire élargie et offrant une courbure en rapport avec l'arc d'un grand cercle.

Nous devons également à M. Giraud-Teulon des recherches savantes sur le mouvement rotatoire des yeux, d'où il résulte que, conformément à la loi de Donders, les *inclinaisons de tous les méridiens de l'œil* ont lieu pour chaque mouvement, sous un même angle et dans la même direction. Ce résultat est d'autant plus important que les modifications apportées dans la loi de Donders par Helmolltz et Listing ne tendaient à rien moins qu'à rendre celle-ci à peu près incompréhensible.

S'il était permis, il y a quelques années à peine, de répéter, avec un spirituel ophthalmologue, que, dans l'amaurose, le chirurgien y voyait aussi peu clair que le malade, il n'en est plus heureusement ainsi depuis la découverte des divers moyens d'exploration du fond de l'œil et de ses milieux. C'est ainsi que notre collègue, M. Perrin, a pu vous montrer une pièce intéressante de rétinite leucémique, caractérisée sur le vivant par une coloration chamois du fond de l'œil, avec des taches ou mamelons grisâtres, et à l'examen anatomique par des amas de leucocytes et de granulations graisseuses.

Nous devons également à M. Perrin diverses observations de cataractes sur des diabétiques, d'où il semble résulter que la forme molle ou dure de la cataracte, en pareil cas, dépend moins de la glycosurie elle-même que de l'âge du malade.

Tel est, messieurs, le résumé de vos travaux pendant l'année 1870. Avant de descendre de cette tribune, permettez-moi, encore une fois, de vous exprimer ma gratitude pour l'aide que vous n'avez cessé de me prêter dans l'accomplissement de mes fonctions de secrétaire, et si parmi mes successeurs vous en trouvez de plus capables, ce dont je suis certain, nul ne vous sera plus dévoué et n'aura plus à cœur les intérêts de votre société que moi.

M. Trélat, secrétaire général, donne lecture des comptes rendus des travaux pour 1871.

Messieurs,

C'est par une substitution de rôles autorisée par nos statuts que je prends, en ce moment, la parole devant vous.

L'éloge de notre honoré et regrettable collègue Danyau devait être prononcé par son digne élève, son véritable successeur à l'hospice de la Maternité, l'un de nos secrétaires annuels, M. Tarnier. Le bureau tout entier a eu cette pensée, et je suis persuadé que dans quelques instants vous approuverez notre décision.

Je vous demande maintenant une oreille patiente pour entendre l'exposé succinct de nos travaux pendant l'année qui vient de finir.

Ceux-ci ont été peu nombreux pendant le premier semestre. Comment en serait-il autrement? Un jour, nous apprenions la mort de Danyau, quittant une carrière accomplie; un autre, celle de Liégeois, terrassé en pleine vie par un accident soudain. Nous ne tenions pas de séance le jour où l'ennemi vainqueur faisait entrer ses bataillons dans nos murs; nous n'en tenions pas plus, ce mercredi 24 mai, quand aucune voix ne pouvait dominer les bruits sinistres de la guerre civile, quand les fumées de l'infâme incendie couvraient la ville comme un linceul.

Toutes les douleurs et tous les deuils ont eu leur retentissement dans ce modeste asile de paix et de science. Sachons en conserver le vivant souvenir. C'est la colonne lumineuse qui désormais doit guider notre marche vers la vraie, la seule vengeance digne d'un grand pays. S'il ne nous est pas donné de l'atteindre nous-mêmes, sachons du moins apprendre à nos enfants qu'il faut remonter péniblement, pas à pas, la rude côte où nous nous sommes laissés choir. Faisons comme le Corse, qui lègue à ses fils la vendetta sacrée; et disons-leur : La vengeance, elle est au bout du chemin, mais ne craignez ni sa longueur, ni ses fatigues; car chaque étape vous donnera plus de vigueur et doublera votre agilité vers le but.

Pardonnez à ces paroles, messieurs. Qui peut échapper, aujourd'hui, à ces préoccupations? et où sont-elles hors de place? Dans quelque voie que nous soyons engagés, n'avons-nous pas tous senti que notre responsabilité s'est accrue, que nous avons à faire beaucoup, vite et bien? Si cela est vrai partout, pourquoi ne pas le rappeler en toute circonstance? Tout le monde connaît le mot de Newton à propos de la pesanteur : *C'est en y pensant toujours*, disait-il. Mot simple et vrai, dont nous devrions faire désormais notre règle.

Vous me permettrez, en revenant à nos travaux, de ne point rap-

peler ici un bon nombre de faits présentant quelques particularités remarquables, mais sans application immédiate. Ces faits de tout ordre et de tout genre font la richesse de nos Bulletins, où les travailleurs les cherchent et les utilisent pour des conceptions systématiques. Les énumérer devant vous ne me mènerait qu'à la paraphrase fastidieuse de nos procès-verbaux.

Quelques points relatifs à des tumeurs diverses méritent d'être signalés.

Notre collègue M. Panas, dont les communications ont été nombreuses cette année, nous a fait connaître deux cas d'ovariotomie dont le premier a été suivi du plus beau succès, bien que la malade eût été opérée à l'hôpital Saint-Louis. Chez la seconde malade, qui avait un kyste de chaque côté, existait une disposition qui, pour avoir été déjà indiquée, n'a pas moins besoin d'être toujours prévue par le médecin. C'est l'usure, l'ulcération, la déhiscence spontanée des parois du kyste. Tout rare qu'il soit, le fait existe, et on entrevoit aisément ses conséquences au point de vue des péritonites partielles, de la formation et du développement des adhérences, et, en fin de compte, à celui de l'aggravation du pronostic, sous quelque jour qu'on l'envisage.

Vous vous souvenez, messieurs, d'une courte lecture que nous fit, il y a quelques mois, M. Monod, sur la cure de certaines hydrocèles par un procédé particulier. Sans doute, les faits rapportés par notre collègue n'étaient pas concluants; sans doute, nous sommes en possession de procédés très-sûrs pour combattre l'hydrocèle; sans doute encore, il y a mieux à faire que de changer sans motif, mais ce n'est pas là la question, et je serais tout disposé à suivre notre collègue dans la voie d'expérimentation où il nous conviait.

Un très-grand nombre d'hydrocèles débutent lentement, insidieusement, et restent parfois longtemps stationnaires. Résultats de vaginalites à peine subaiguës, elles sont volontiers négligées par les malades, qui n'en souffrent pas, et par les chirurgiens, qui attendent une opération plus satisfaisante et mieux indiquée. Si la minuscule opération proposée par M. Monod nous permettait de ne pas attendre la gêne du malade et l'indication du chirurgien, si, en un mot, nous arrivions à guérir les hydrocèles à leur début et à les guérir à si peu de frais, n'aurions-nous pas fait une petite conquête qui aurait bien son mérite? Je vous livre cette question.

La pathologie du même organe nous a valu une autre discussion, bien importante au point de vue pratique. Durant plusieurs séances, MM. Verneuil, Demarquay, Tillaux et Chassaignac ont agité à nou-

veau la question de savoir si, oui ou non, il y a lieu de pratiquer la castration dans la tuberculose de l'organe séminal. M. Chassaignac a énergiquement soutenu la négative contre la plupart de nos collègues. Si j'avais qualité pour juger ce débat, je dirais que les arguments opposés tournent au plus grand bénéfice de notre art. La profonde conviction de M. Chassaignac, la puissante efficacité du moyen dont il est à la fois le créateur et le défenseur, arrêteront les mains chirurgicales trop agiles et les déterminations trop promptes, tandis que les opinions exprimées par nos autres collègues ne les laisseront point désarmés et découragés en présence de ces cas, peu nombreux il est vrai, où le temps et les soins les plus habiles sont restés impuissants. Ici, comme en bien d'autres circonstances, le *judicium difficile* restera longtemps un bon et salutaire avertissement.

S'il était encore à prouver qu'aucune méthode n'est absolument certaine pour la cure des anévrysmes, et que souvent il faut en employer successivement plusieurs, la remarquable observation de M. Duplay viendrait l'attester. Sans entrer ici dans les détails si instructifs de ce fait, je vous rappelle l'insuccès absolu de nombreuses tentatives de flexion forcée de la cuisse et de compression digitale, répétées pendant plus de deux mois ; la ligature de la fémorale, suivie d'une redoutable hémorrhagie au moment de la chute du fil, le placement d'une nouvelle ligature un peu au-dessus de la première, et le bout inférieur de l'artère cessant, contre toute attente, de donner du sang aussitôt après la ligature supérieure ; enfin, devant l'imminence des mêmes accidents, le chirurgien se décidant à lier l'artère iliaque externe et guérissant son malade par ce dernier effort, ou mieux guérissant l'anévrysme, car le malheureux malade succombait quelques mois plus tard aux progrès de la phthisie pulmonaire.

Qu'était la cause de ces hémorrhagies répétées ? Le défaut de plasticité du sang ou la proximité des artères collatérales? Nous avons discuté ces hypothèses, qui ont gardé leur valeur relative, la nécropsie n'ayant pu être faite.

De même que les anévrysmes, les hernies nous fournissent chaque année un contingent important : questions nouvelles ou questions anciennes incessamment remises sur chantier pour avancer leur solution difficile.

MM. Cruveilhier, Chassaignac, Duplay, Forget, nous ont exposé des cas de hernie obturatrice. Ils se ressemblent tous, hélas! Pas de diagnostic, pas de thérapeutique possible. Les malades, presque tou-

jours fort âgés, succombent, et l'autopsie vient expliquer tous les accidents. Il n'en sera peut-être pas toujours ainsi; mais, dans l'état actuel, les hernies profondes sont au-dessus des ressources de l'art.

A côté de ces hernies, qu'on prend à peu près toujours pour des volvulus ou des iléus, rappelez-vous la variété bien rare d'étranglement interne que nous a montrée M. Panas. Le mot *étranglement* est impropre ici, aussi notre collègue s'est-il servi de celui d'occlusion intestinale, qui est beaucoup plus juste. Cette occlusion était produite par la double torsion d'une anse intestinale, et quoiqu'aucune bride, aucun lien ne la maintînt, elle avait persisté en faisant obstacle absolu au cours des matières fécales.

Quel avenir aura la ponction capillaire de l'intestin hernié dans les hernies éranglées? M. Dolbeau nous a cité un cas favorable; quelques autres ont été publiés. Il n'a pas paru que ce procédé fût considéré comme dangereux par les membres de la Société. Tout au contraire, on a rappelé que la ponction de l'intestin avait été proposée et exécutée contre la tympanite excessive; qu'elle était tout au moins innocente et parfois fort utile, comme chez une femme guérie par M. Depaul. Il y a donc lieu de penser, sans toutefois se livrer à des illusions trop grandes, que la ponction capillaire d'une anse intestinale herniée et étranglée peut être, dans certains cas, une ressource précieuse et un moyen de guérison bien autrement simple et prompt que l'ouverture du sac et le débridement.

Jamais la Sociéte de chirurgie n'a déserté le champ de la pathologie et de la chirurgie oculaires, mais il semble qu'elle ait voulu, cette année, donner plus d'importance et de précision à ses études sur ce sujet intéressant et délicat. Faut-il préférer la blépharorraphie à toute autre opération dans la cure de l'ectropion, comme le veut M. Verneuil? La *griffe capsulaire* de M. Perrin sera-t-elle le moyen d'éviter sûrement les opacités capsulaires secondaires à la suite des opérations de cataracte par les méthodes nouvelles? Est-il bien démontré, comme le croit M. Panas, avec lui M. Dolbeau, et je me rangerais volontiers à côté d'eux, que la kératite hérédo-syphilitique n'est point une manifestation spécifique, mais une maladie cachectique? Non, sans doute, nous n'avons achevé aucune de ces démonstrations; non, sans doute, sur aucune de ces questions nous n'avons fermé le livre de la science; mais sur chacune, nous avons, je devrais dire, en m'adressant à nos collègues : vous avez apporté des documents, des faits, des aperçus qui éclairent ces

questions encore indécises et les poussent d'un bon effort vers des solutions prochaines.

J'arrive au chapitre fatal, à celui que nous n'avons fait qu'effleurer, et qui est cependant le plus riche, hélas! et le plus long : la chirurgie des grands traumatismes et de leurs accidents.

En effet, nous avons touché bien des points, nous avons enregistré des faits, mais nous avons peu discuté ; c'est un tracé bien jalonné pour une route à établir.

Les premiers appareils à appliquer dans les fractures des membres sur le champ de bataille ; la gravité ou la bénignité relative des plaies articulaires et en particulier de celles du genou ; la difficulté de recherche, de reconnaissance et d'extraction des projectiles vous ont valu des communications diverses de MM. Champenois et Sarrazin, — de MM. Boinet et Tarnier, — de MM. Houel, Blot, Baumetz et Chassaignac. M. Dubreuil, que nous pensons compter bientôt parmi nos collègues, vous a montré un beau succès de résection de la hanche, faite quinze jours après la blessure.

Revenant sur une communication de l'année 1870, M. Verneuil nous a fourni un nouvel exemple de cette phlébite fémorale qu'il attribue à la compression exercée au lieu d'élection, sur l'artère, pendant l'amputation. Si cette étiologie n'est pas incontestablement établie, elle a au moins pour elle des probabilités de nature à éveiller l'attention.

C'est pour se mettre sûrement à l'abri de ce redoutable accident que notre collègue a été conduit à rechercher ou à préconiser des procédés d'amputation sans compression entre le cœur et le point de section. Ces procédés ingénieux, qui ont déjà été appliqués par leur auteur, par M. Cusco et par d'autres moins connus, sont appelés à rendre de grands services et peut-être même à devenir usuels, au moins pour le bras et la cuisse, où leur exécution n'offre ni danger, ni difficulté.

C'est encore M. Verneuil qui a recherché le mécanisme de l'hémostase spontanée dans les sections d'artères par les balles, et qui nous a montré que ce mécanisme différait essentiellement de celui des plaies par arrachement, l'agent obturateur étant constitué, dans ce dernier cas, par l'élongation de la tunique externe, tandis que, suivant toute probabilité, on doit l'attribuer au recroquevillement des tuniques internes dans la gaine celluleuse, à la suite des sections complètes.

Un travail de M. Raynaud, relatif à une plaie du cou ayant né-

cessité de graves opérations, a remis en discussion la gravité extrême de la ligature de la carotide primitive au point de vue des accidents cérébraux; puis, par extension, la cause et la nature des hémorrhagies consécutives. A ce propos, quelques-uns d'entre nous ont semblé dire que les hémorrhagies consécutives, apparaissant dans les réunions de blessés, étaient soit un prodrome, soit une annonce, soit une prédisposition à l'infection purulente. S'il m'était permis d'énoncer ici mon opinion sur une question si difficile, je renverserais les termes de la proposition, et je dirais que l'infection purulente a déja pénétré parmi les blessés chez lesquels on remarque de fréquentes hémorrhagies secondaires. Nous aurons sûrement l'occasion de reprendre ce débat.

Le chloral avait donné de grandes espérances pour la cure du tétanos; mais, quoique notre regretté Liégeois vous ait fait connaître un succès dû à l'emploi de ce médicament, vous avez entendu, d'autre part, MM. Blot, Guéniot, Giraldès et Larrey vous dire les insuccès dont ils avaient été témoins, et je pourrais allonger cette liste de deux autres cas. Provisoirement au moins, nous restons désarmés dans le tétanos aigu et violent, et c'est seulement lorsque la maladie a une marche à la fois plus lente et moins grave que la médication hypnotique peut être efficace.

N'est-ce pas ici l'occasion de vous rappeler la signification que M. Verneuil voudrait assigner à l'élévation brusque et inopinée de la température? Ce serait, suivant notre actif collègue, un signe précurseur de l'érysipèle. Quelques faits viennent à l'appui de cette manière de voir, mais des observations ultérieures et nombreuses sont nécessaires; car on a fait valoir, avec juste raison, qu'il y a des érysipèles atoniques, sans réaction, absolument bornés au trouble et à la lésion locale, et que par suite l'ascension de la température est peut-être mieux l'indice de l'état infectieux qui engendre certains érysipèles graves, que de l'érysipèle lui-même. C'est une question à reprendre dans son ensemble.

Vous le voyez, messieurs, nous avons touché beaucoup de points de la chirurgie des grands traumatismes, mais nous n'en avons résolûment abordé aucun. L'un de nos collègues, M. Perrin, disait avec raison qu'il ne fallait pas *émietter* ces graves et hautes questions. Le mot est juste; elles s'imposent à nous. Nous nous appelons *la Société de chirurgie*, et, s'il est loisible à tous de parler avec nous, il ne nous est pas permis de nous taire sur ces problèmes, dont les données viennent d'être à nouveau posées avec une douloureuse ampleur.

Grâce aux ressources que nous possédons comme renseignements et comme personnel, nous serons en mesure de fournir des solutions compétentes et conformes à l'état de la science. Et qui sait si, en étudiant les questions techniques de la chirurgie de guerre, nous ne serons pas conduits invinciblement à nous occuper des conditions générales dans lesquelles elle se meut, de celles qu'elle devra subir toujours de celles qu'elle peut modifier, et de ce qu'il serait bon de faire pour les modifier sûrement et avantageusement?

Nous avons étudié avec fruit autrefois l'hygiène hospitalière. Nos opinions ont pris cours et nous ont donné, sur ces points, une légitime autorité. Pourquoi ne porterions-nous pas aujourd'hui nos études sur l'hygiène des blessés de guerre, envisagée sous le jour des derniers enseignements?

Devant quel tribunal plus compétent et plus désintéressé pourraient-elles être portées?

Ne comptons-nous pas dans nos rangs des chirurgiens militaires éminents qui occupent les sommets de leur hiérarchie? bon nombre d'entre nous n'ont-ils pas acquis pendant la dernière guerre une expérience d'autant plus précise que chaque jour en renouvelait les pénibles leçons? n'avons-nous pas tous observé des faits directement utiles dans les hôpitaux, dans les ambulances et jusque sur les champs de bataille? n'avons-nous pas, enfin, trente années de travaux signés des noms les plus illustres de notre profession pour attester notre belle devise de vérité scientifique et de moralité professionnelle?

La carrière est ouverte et libre. N'hésitons pas à la parcourir. Ce sera servir à la fois la science immortelle et le pays, qui veut revivre.

M. TARNIER, secrétaire, prononce l'éloge de Danyau (1).

M. DESPRÉS, secrétaire pour 1872, lit le rapport sur les prix.

Prix Laborie. — Mme Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la Société de chirurgie, a fait don à cette Société d'une rente annuelle de 1,200 francs, affectée à la fondation d'un prix annuel sous le nom de *Prix Édouard Laborie.*

Ce prix est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

(1) Cet éloge paraîtra dans les *Mémoires de la Société de chirurgie.*

Dans le cas où le prix ne serait pas donné, il serait réparti l'année suivante entre les meilleurs travaux après le nº 1.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de concours pris parmi les points de chirurgie dont Laborie s'est le plus occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours du prix Laborie.

Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés à la Société avant le 1er novembre de chaque année.

Cette année, la Société n'a pas donné le prix Laborie, mais elle accorde un encouragement de 300 francs à M. CORNILLON, interne des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : de la *Constriction de la portion musculeuse de l'uréthre dans les rétrécissements péniens.*

Prix Duval. — Par suite d'une donation de Duval, la Société de chirurgie a fondé à titre d'encouragement un prix de 100 francs en livres, pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Sont admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux civils ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier d'une année jusqu'au 31 décembre de la même année, sont seules admises au concours.

Deux exemplaires des thèses doivent être adressés à la Société avant le 15 janvier.

Le prix Duval pour l'année 1870 est décerné à M. le docteur OLLIVIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse sur *les Tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.*

Le prix Duval pour l'année 1871 est accordé à M. le docteur VASLIN, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse sur les *Plaies par armes à feu.*

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

J

K

L

M

N

O

P

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

M

N

P

R

S

T

V

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.